The nursing profession in the XXI century

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)

Atena Editora
Ano 2022

The nursing profession

in the

XXI CENTURY

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)

Ano 2022

CIÊNCIAS
BIOLÓGICAS
E DA SAÚDE

Atena
Editora
Ano 2022

The nursing profession in the XXI century

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Ana Maria Aguiar Frias

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

N974 The nursing profession in the XXI century / Organizadora Ana Maria Aguiar Frias. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5983-880-6
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.806222801

1. Profissionais de enfermagem. 2. Saúde. I. Frias, Ana Maria Aguiar (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

O E-Book “*The nursing profession in the XXI century*” apresenta trabalhos científicos que abordam diversos temas atuais relevantes para a enfermagem e de interesse público. Estudos diversos que compõe os seus 16 capítulos de livro são da autoria de profissionais que compreendem a importância, do trabalho em equipa e da colaboração interdisciplinar na promoção das práticas e cuidados de saúde de qualidade.

Em mais uma obra, a Atena Editora permite a divulgação científica dos resultados de vários pesquisadores e académicos, ampliando conhecimentos que são aplicados constantemente na prática da profissão de enfermagem. Neste sentido este E-book apresenta várias temáticas, da formação do enfermeiro à profissão de enfermagem, da criança ao idoso, que resumidamente, em 5 pontos aqui se apresenta:

1) Na formação dos estudantes de enfermagem os estágios possibilitam, através das vivências enriquecedoras, a aprendizagem de novas habilidades, no entanto é imperativo o conhecimento da bioética e do código ético da profissão de enfermagem. Ressalta, assim, a importância de abordar, em várias unidades curriculares, nos cursos de enfermagem, os aspectos éticos/deontológicos de modo a que o estudante conheça os direitos e deveres relacionados com a conduta dos profissionais de enfermagem;

2) No E-book que aborda a profissão de enfermagem não poderia faltar a referência à *Anna Nery* e *Florence Nightingale* numa pesquisa de caráter histórico-social que identifica a existência de relação entre as esculturas em homenagem às enfermeiras e a demonstração do cuidar;

3) A abordagem ao papel do enfermeiro na saúde comunitária, descrevendo as suas atribuições nesse contexto, também é aqui apresentada. Há evidências literárias sobre o desenvolvimento de ações que ilustram os benefícios do programa pré-natal e do método canguru no cuidado ao recém-nascido; A área da saúde materna e obstétrica está representada nesta obra com a aplicação de várias práticas de trabalho para melhorar os resultados da saúde puerperal.

4) São Também, aqui, abordadas as infecções sexualmente transmissíveis que representam um problema de saúde pública e nesse sentido destacam-se a importância da intersetorialidade entre a universidade e os serviços de saúde. Vale a pena ressaltar, ainda, que a enfermagem tem um papel importante nas ações educativas na comunidade;

5) Tema sobre o “cuidador informal” fecha este livro, com intervenções dirigidas ao enfermeiro e ao cuidador familiar. Os enfermeiros reconhecem as dificuldades do cuidador do idoso e a aprendizagem de novas estratégias de *coping* que facilitam o desempenho dos cuidadores.

Da leitura e reflexão destes capítulos fica o repto para a elaboração de outras pesquisas de modo a complementar os estudos aqui apresentados e proporcionarem

aumento de saberes para o desempenho da profissão de enfermagem, através do acto do cuidar, com competência e dignidade.

Ana Maria Aguiar Frias

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

ÉTICA E BIOÉTICA EM ENFERMAGEM: CONHECIMENTOS FUNDAMENTAIS PARA A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS

Data de aceite: 10/01/2022
Data de submissão: 08/10/2021

Cláudia Ribeiro de Souza
Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Santarém - Pará
ORCID 0000-0003-4255-8988

Lívia de Aguiar Valentim
Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Santarém - Pará
ORCID000-0002-9201-0534

Yuri Vasconcelos Andrade
Universidade Federal do Pará (UFPA)
Altamira - Pará
ORCID 0000-0002-5068-1217

Glailson França de Souza
Universidade Federal do Pará (UFPA)
Altamira - Pará
ORCID 0000-0003-4542-1557

Andreza Cristina Moraes Viana
Universidade Federal do Pará (UFPA)
Santarém - Pará
http://lattes.cnpq.br/9658890614340494

Raniel Rodrigues Souza
Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira - Pará
https://orcid.org/0000-0002-4953-5853

Leilane Ribeiro de Souza
Instituto Esperança de Ensino Superior
Santarém - Pará
https://orcid.org/0000-0002-6000-9600

Karina Miranda Monteiro
Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Santarém - Pará
https://orcid.org/0000-0002-0595-7245

Natália Miranda Monteiro
Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Santarém - Pará
https://orcid.org/0000-0003-4655-6533

RESUMO: O conhecimento da Bioética e do Código de Ética de Enfermagem são imprescindíveis para formação acadêmica de futuros enfermeiros, pois regem proibições, direitos e deveres relativos à conduta dos profissionais da categoria. O trabalho objetivou relatar a experiência de uma ação educativa realizada com acadêmicos de enfermagem, de uma instituição de ensino superior, em Santarém, Pará, no ano de 2017. A metodologia utilizada seguiu os passos do arco de Maguerez, no qual no último passo, que é a intervenção na comunidade, aplicou-se um formulário estruturado para identificar o conhecimento prévio dos estudantes acerca das condutas éticas em situações de aborto, segredo profissional em casos de menores de idade, e prescrição de medicamentos em situações emergenciais. Em seguida, realizou-se uma palestra educativa sobre a temática, discutiu-se o caso das células HELA, o Caso Tuskegee, e o documentário chamado "Uma História Severina", que versa sobre o aborto de feto anencéfalo. Por fim, aplicou-se novamente o mesmo formulário para verificar a apreensão do conteúdo. Os dados revelaram

que antes da atividade educativa somente 30% dos participantes conheciam os direitos e proibições em caso de aborto; 51% conheciam as condutas éticas em caso de assistência ao menor de idade; e 61% atuariam corretamente ante a prescrição de medicamentos em eventos emergenciais. Após a atividade educativa, o percentual de acertos foi de 95%, 97% e 98%, respectivamente, para cada um dos temas do formulário. Concluiu-se que a experiência somou na formação acadêmica dos discentes, provendo um melhor aprendizado acerca dos regimentos que são guias para as condutas dos enfermeiros. Enfatiza-se que é crucial que nos cursos de graduação em enfermagem, os docentes possam constantemente usar de métodos ativos e integrativos, buscando incorporar a todas as disciplinas aspectos éticos de forma a maximizar o conhecimento dos estudantes e ampliar a apreensão do conteúdo.
PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Ética, Bioética.

ETHICS AND BIOETHICS IN NURSING: FUNDAMENTAL KNOWLEDGE FOR THE DEGREE OF NURSES

ABSTRACT: The knowledge of the Bioethics and of the Nursing Code of Ethics are essential for the degree of nurses because they regulate the prohibitions, rights and duties related to the conduct of professionals of the category. The study aimed to report the experience of an educational action carried out with nursing students from a university, in Santarém, Pará, in 2017. The methodology used followed the steps of the Maguerez arc, in which in the last step, that is the intervention in the community, a structured form was applied to identify the knowledge of the students about ethical conduct in abortion situations, professional secrecy in cases of minors, and prescription of medication in emergency situations. Then, there was an educational lecture about the subject, discussed the case of HELA cells, the Tuskegee Case, and the documentary called “A Severine History”, that talks about abortion of an anencephalic fetus. Finally, the same form was applied again to verify the apprehension of the content. The data revealed that before the educational activity only 30% of the participants knew about the rights and prohibitions in case of abortion; 51% knew about ethical conduct in case of assistance to minors; and 61% would act correctly when prescribing drugs in emergency events. After the educational activity, the percentage of correct answers was 95%, 97% and 98%, respectively, for each of the topics in the form. It was concluded that the experience added to the academic training of students, providing a better learning about the regulations that are guides for the behavior of nurses. It is emphasized that it is crucial that, in undergraduate nursing courses, professors can constantly use active and integrative methods, seeking to incorporate ethical aspects to all disciplines to maximize students’ knowledge and expand content apprehension.
KEYWORDS: Nursing, Ethics, Bioethics.

1 I INTRODUÇÃO

O conhecimento da Bioética e do Código de Ética de Enfermagem é indispensável para formação acadêmica de futuros enfermeiros, pois regem direitos, deveres e proibições pertinentes à conduta dos profissionais da categoria. Nessa perspectiva, a bioética assume um conjunto de questionamentos pautados na responsabilidade moral por parte desses profissionais de saúde, cuja conduta é guiada por princípios imprescindíveis, tais como

justiça, autonomia, beneficência e não-maleficência.

O princípio da autonomia é relativo à capacidade do paciente de tomar decisões relacionadas à sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais. Implica na existência de opções, de liberdade de escolha e requer que o sujeito seja capaz de agir de acordo com as deliberações feitas. A beneficência, por sua vez, visa fazer o bem para o paciente ao passo que a não maleficência orienta o profissional no sentido de não causar mal ou dano ao cliente. O princípio da justiça, por fim, propicia a igualdade de tratamento, dando a cada pessoa o devido cuidado de acordo com suas necessidades (OLIVEIRA; SANTANA; FERREIRA, 2021).

Diante de tais conceitos, o cuidado em saúde prestado pelo enfermeiro correlaciona não apenas o indivíduo, mas também sua família e toda comunidade, tendo como objetivo prevenir males, por meio de uma assistência técnica e humanizada, em todas as situações, inclusive àquelas que despendem maior sensibilidade como é o caso do aborto, sigilo profissional no atendimento aos menores de idade e a prescrição de medicamentos em ocorrências emergenciais.

A discussão sobre abortamento envolve a temática pelo direito a vida, e alguns profissionais comumente inclinam-se ao conservadorismo, sendo contrários a interrupção da gravidez por motivos morais, sociais, políticos e religiosos. Esse conflito ético e moral gera estereótipos e, consequentemente, discriminação em relação às mulheres que procuram os serviços de saúde para esse fim (PEREIRA; SCHROETER, 2019). Dependendo da cultura ou religião, o aborto pode ser considerado uma prática comum ou até mesmo representar uma abominação. Muitas questões circulam em torno deste tema, visto que não se trata somente de interromper a gestação, mas também do risco de morte para a mulher, caso o procedimento seja malsucedido e feito de forma ilegal.

No mundo, estima-se que anualmente sejam realizados cerca de 35 abortos para cada 1.000 mulheres entre 15 e 44 anos. No Brasil, durante o primeiro semestre de 2020, o Sistema Único de Saúde atendeu cerca de 80,9 mil procedimentos realizados após abortos espontâneos e induzidos (BARBOSA, 2021). Em termos de legislação, no Brasil é permitido o aborto para mulheres com risco de vida, que tiveram gravidez por estupro, ou em situações de anencefalia fetal. As duas primeiras estão fundamentadas no Artigo 128 do Código Penal e a terceira deriva do julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF-54), pelo Supremo Tribunal Federal, em 2012 (FONSECA et al., 2020). Ressalta-se que o Código de Ética de enfermagem prevê que cabe ao enfermeiro decidir de acordo com sua consciência, participar ou não do ato abortivo (Resolução COFEN 311/2007).

No âmbito da assistência a pacientes menores de idade, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN 311/2007), em seu capítulo sobre Responsabilidades e Deveres, determina no Art. 82, §4º que o segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido, mesmo quando a revelação seja solicitada por pais

ou responsáveis, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, exceto nos casos em que possa acarretar danos ou riscos ao mesmo. Diante disso, é dever do enfermeiro identificar se a criança ou o adolescente é capaz de definir o que é certo ou errado, o que é bom ou ruim acerca do seu tratamento, explicar sobre a privacidade, confidencialidade e conduzir a consulta de modo a não infringir os direitos do paciente.

No que tange a conduta de prescrição de medicamentos em situações emergenciais, a Resolução COFEN 311 de 2007, em seus artigos Art. 30, 31 e 32, no capítulo sobre proibições, veda aos enfermeiros a administração de medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade dos riscos; proíbe execução de prescrições de qualquer natureza, que comprometam a segurança da pessoa; e autoriza a prescrição de medicamentos e a prática do ato cirúrgico, somente nos casos previstos na legislação vigente e em situação de emergência.

Todavia, o Conselho Federal de Enfermagem faz uma ressalva substancial, no sentido de que, antes de o profissional assumir qualquer procedimento que não seja de sua competência, que pondere diante do risco de morte do paciente, e caso não se sinta hábil para a realização do procedimento, opte por solicitar que assistência seja efetuada por outro profissional capacitado.

Apesar de a conduta ética ser um assunto comum na sociedade, a produção científica no que tange as temáticas citadas, principalmente no âmbito acadêmico, é baixa. Esse estudo, portanto, teve como objetivo relatar a experiência de uma ação educativa realizada com acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior privada, no município de Santarém, Pará, bem como, identificar o nível de conhecimento dos graduandos quanto as condutas éticas legais em situações de aborto, segredo profissional em casos de menores de idade e prescrição de medicamentos em situações emergenciais.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre uma atividade que foi desenvolvida por enfermeiros em uma instituição de ensino superior privada no município de Santarém, Pará, no ano de 2017. Como metodologia, utilizou-se os cincos passos do Arco de Maguerez (SOUSA et al., 2021) que consiste, primeiramente, na observação da realidade, verificando as problemáticas que norteiam o público selecionado, em seguida, a partir dessa observação, se elegeu os pontos chaves que orientaram o passo seguinte que foi a teorização. Esta, por sua vez, consistiu em buscar na literatura subsídios para possíveis intervenções ante os entraves identificados. O último passo do arco foi a aplicação de uma intervenção educativa para minimizar a situação identificada inicialmente.

Assim sendo, os pesquisadores realizaram uma visita técnica à instituição de ensino superior a fim de identificar in loco as problemáticas que norteavam os graduandos de enfermagem. Durante a visita dialogou-se com a coordenadora do curso de enfermagem,

que mencionou a preocupação dos docentes quanto aos aspectos voltados para a parte ética e bioética dos acadêmicos, tendo em vista episódios recentes em que os estudantes foram vistos infringindo o sigilo profissional. Frente a essas observações, levantaram-se dois pontos chaves: 1- Quais os conhecimentos que os alunos tinham a respeito do sigilo profissional, em especial em caso de menores de idade, aborto, e prescrição de medicamentos; 2 – Que intervenção poderia contribuir para uma melhor compreensão das regulamentações que regem a conduta do enfermeiro, e que pudesse refletir no comportamento dos estudantes.

Com os pontos chaves selecionados, realizou-se a etapa da teorização, em que os pesquisadores estudaram sobre a Bioética e do Código de Ética de Enfermagem, e a partir disso, estabeleceu-se como hipótese de solução a curto prazo, a concretização de uma ação educativa onde os acadêmicos, por meio de palestras, estudo de casos e de documentários, pudessem ser sensibilizados e compreendessem seus direitos, deveres, e proibições frente a situações de aborto, atendimento de crianças e adolescentes, e prescrições em emergências.

A atividade foi conduzida pela enfermeira preceptora da Universidade Federal do Pará, que inicialmente, aplicou um formulário para identificar o nível de conhecimento dos discentes sobre os temas selecionados. Participaram 40 acadêmicos de enfermagem que já haviam sido contemplados com a disciplina de Bioética.

O formulário era composto por 10 questões que foram elaboradas de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, e continha 3 assertivas (certo, errado e não sei). Após a aplicação deste, realizou-se uma palestra educativa sobre a temática, sendo que no início foi efetuada uma breve abordagem sobre os princípios da Bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, e logo em seguida foi comentado sobre o caso das células HELA e/ou privacidade pessoal em caso de doenças genéticas.

Posteriormente, os acadêmicos foram divididos em 2 grupos, no qual ao primeiro foi apresentado o Caso Tuskegee, que versa sobre uma pesquisa que omitiu o diagnóstico de sífilis e o prognóstico esperado, de pacientes assistidos no ano de 1932. No outro, foi apresentado aos acadêmicos o documentário chamado "Uma História Severina", que versa sobre o aborto de feto anencéfalo. Em seguida, foi discutido em ambos os grupos as implicações éticas referentes aos casos.

Após o momento de discussão e esclarecimentos de alguns pontos do Código de ética do enfermeiro, aplicou-se novamente o mesmo formulário para verificar a apreensão do conteúdo. Durante esta prática integrativa, observou-se que boa parte dos estudantes tinha conhecimento prévio do assunto, contudo, suas condutas no dia a dia, conforme citado por eles, ainda eram fortemente regidas por preconceitos, e princípios religiosos enraizados. Muitos reconheceram sobre a importância da imparcialidade no atendimento aos pacientes e da necessidade de respeitar os direitos e a autonomia deles. Tal experiência somou na formação acadêmica dos discentes, provendo um imenso aprendizado acerca

dos regimentos que são guias para as condutas dos enfermeiros.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados revelaram que antes da atividade educativa somente 30% dos participantes conheciam os direitos e proibições em caso de aborto; 51% conheciam as condutas éticas em caso de assistência ao menor de idade; e 61% atuariam corretamente ante a prescrição de medicamentos em eventos emergenciais. Após a atividade educativa, o percentual de acertos foi de 95%, 97% e 98%, respectivamente, para cada um dos temas do questionário.

No que tange ao percentual relativo aos direitos e proibições em casos de aborto, a ausência de conhecimento e criticidade sobre o tema não é exclusiva desta pesquisa, Pereira e Schroeter (2019) demonstraram em seus estudos com residentes de enfermagem no Município do Rio de Janeiro, que as profissionais não sabiam acerca do direito a abstenção dos enfermeiros em ocorrência de aborto legal e, além disso, sentiam-se despreparadas quanto à assistência à mulher que se encontra nesse cenário.

Quanto às diferentes vertentes que essa problemática gera na saúde pública, destaca-se o impacto na saúde psíquica, emocional e social da mulher uma vez que a abordagem dos profissionais da saúde pode ser influenciada por preconceitos, tabus sociais, e/ou princípios religiosos, deixando a imparcialidade em segundo plano. Tal discussão é importante, pois desde a academia, os profissionais da saúde devem ser instigados a priorizar a escolha do paciente, independente de esta estar ou não de acordo com aquilo que julga ser correto. O paciente tem autonomia para escolher participar de todo e qualquer procedimento relativo à sua saúde, e o profissional tem o dever de respeitar isso. Assim, frente a uma situação de aborto legal, ou seja, em caso anencefalia fetal ou estupro, deve-se acatar a decisão da cliente, ficando a critério do profissional agir conforme sua consciência, participando do ato abortivo, ou abstendo-se deste, caso haja outro profissional que possa substituí-lo.

Um fator que podem ter influenciado no percentual detectado de estudantes que desconheciam os direitos e proibições em casos de aborto, é relativo ao contexto acadêmico, a saber, a insuficiente abordagem do tema durante a graduação, despreparo dos docentes para trabalhar o assunto, e o cunho ideológico da instituição de ensino, que são variáveis que não foram investigadas no presente estudo, mas podem ter interferido nos resultados.

Nessa perspectiva, um estudo realizado em 2019 com residentes médicos em São Paulo revelou problemas sérios na esfera da graduação como, o desconforto e tensão gerados pelo enfoque das disciplinas nas questões legais e biológicas, em detrimento do cuidado humanizado em situações de aborto. Além disso, o despreparo do educador frente ao tema gerou, em alguns casos, desinteresse no profissional que, por sua vez, influenciou em menor qualidade pedagógica e no pouco esclarecimento do tema. Por último, a ideologia

política e religiosa das instituições de nível superior, limitando a quantidade de aulas sobre a temática, criou um obstáculo que desfalcava ainda mais o processo de aprendizagem (MACHIN et al., 2019).

Tais fatores, aliados à falta de conhecimento claro da regulamentação profissional podem, obviamente, refletir em erros durante o atendimento que, por sua vez podem causar danos ao paciente. Nesse contexto, como é dever dos profissionais observarem seus direitos e deveres, não é aceitável argumentar desconhecimento do código a fim de esquivar-se da responsabilidade após o erro, culminando, dessa forma, em processos éticos contra o profissional como destacado por Silva e col. (2020). No intuito de minimizar possíveis imprudências, negligências ou imperícias, e a conscientizar sobre os direitos e deveres da profissão, Barbosa e col. (2017) apontaram à importância da discussão e embasamento acerca do tema tanto no meio acadêmico quanto no ambiente de trabalho.

No que tange a confidencialidade profissional-adolescente, este trabalho revelou que 49% dos entrevistados não possuíam clareza sobre o sigilo profissional em caso de atendimento aos menores de idade. Não foram encontrados estudos que avaliassem o nível de conhecimento sobre o tema entre acadêmicos de enfermagem, entretanto, de modo semelhante aos resultados identificados neste estudo, um trabalho realizado por Lima e col. (2020) com discentes de medicina do 1º ao 11º período, revelou que 49,5% não apresentaram grau de conhecimento suficiente em casos-problemas de sigilo médico. Diferentes variáveis podem estar resultando nesses baixos índices, dentre eles, o fato de as disciplinas manterem o foco no campo teórico e pouco na prática, além de serem ministrados nos anos iniciais da graduação, momento este de imaturidade acadêmica e pouca vivência profissional.

Souza e colaboradores (2021) afirmam que para o profissional de saúde ter segurança e discernimento quanto ao que é certo ou errado, apropriado ou não em casos de sigilo profissional no atendimento ao adolescente, tornam-se necessárias que as universidades e os serviços de atendimento discutam sobre a temática por meio de simulações práticas e cotidianas no qual podem se deparar durante suas atividades laborais.

Os percentuais destacados no presente estudo sobre sigilo profissional tornam-se preocupantes uma vez que ao atender uma criança ou adolescente capaz discernir sobre sua condição de saúde, estes profissionais podem externar informações sigilosas para os pais ou acompanhantes do adolescente, informações estas que o paciente poderia optar por não compartilhar com aqueles presentes no momento da consulta. Nestas ocasiões é de fundamental importância que o enfermeiro ou o médico perceba a fragilidade do atendimento e possa pedir com gentileza para que os pais ou responsáveis saiam da sala no momento da consulta, para que assim possa preservar a privacidade do cliente e falar sobre a hipótese diagnóstica ou possível tratamento, esclarecendo sobre os riscos e benefícios de contar com o apoio de outra pessoa para os cuidados de saúde.

Souza e col. (2021) afirmam que no primeiro encontro entre profissional de saúde,

família e adolescente, explique-se o que é privacidade, confidencialidade e a necessidade dela. Assim, para se oferecer a oportunidade de falar de si, confidencialmente, é necessário que o atendimento ao adolescente ocorra em dois momentos, o primeiro acompanhado de seu responsável e o segundo, somente com o adolescente, isso porque ele pode não querer revelar informações na presença de seus pais. O adolescente precisa estar seguro do caráter confidencial da consulta, e ficar ciente também das situações nas quais o sigilo poderá ser rompido, o que, todavia, ocorrerá com o conhecimento dele.

Quanto à prescrição de medicamentos em eventos emergenciais, neste estudo aproximadamente 40% dos entrevistados não conheciam o que regulamentava o código de enfermagem. Corroborando a esses dados, outra pesquisa realizada em 2011 com enfermeiros de um Município do Piauí, mostrou percentual muito superior (83%) de profissionais não conheciam o que era disposto no código de ética sobre os direitos e deveres nesse âmbito (ARAÚJO et al., 2011). Assim, tais resultados podem ser reflexos de lacunas no processo de formação acadêmica e de formação permanente no ambiente de trabalho. De acordo com Becker e col. (2020), o ensino sobre ética profissional no meio acadêmico não é satisfatório, visto que não há valorização e priorização na grade curricular das disciplinas que abordem a temática, uma vez que são ofertadas de forma optativa ou em seminários multidisciplinares.

A resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 564/2017 infere que o enfermeiro não deve administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos; não deve prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, exceto em emergências; e não deve executar prescrições e procedimentos de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa.

Pereira et al. (2016) afirma que os medicamentos se tornaram essenciais para a restauração da saúde na maioria das situações, mas não são isentos de riscos e podem se tornar perigosos se usados de maneira inadequada, tornando-se um grande problema de saúde pública em todo o mundo. O conhecimento inadequado e a falta de informação sobre a medicação para o paciente levam a grande dificuldade na realização correta da farmacoterapia, resultando na ineficácia do tratamento ou mesmo em complicações graves.

Quanto aos erros de medicação, reconhecendo a possibilidade real de sua ocorrência, a avaliação de risco, a revisão das etapas do sistema de medicação, a implementação de diretrizes institucionais para notificações, e os treinamentos são os caminhos a serem seguidos para evitar erros profissionais que podem gerar prejuízos à saúde dos pacientes (DALMOLIN; GOLDIM, 2013).

A enfermagem é interdisciplinar e contribui para a promoção da saúde e prevenção de doenças, visando assegurar o tratamento sem danos decorrentes de negligência, imperícia ou imprudência, bem como respeitar e garantir o cumprimento dos preceitos éticos e as demais legislações que regem a profissão (SILVA et al., 2018). Assim, nota-se o

quanto é fundamental que os graduandos apreendam sobre tais conhecimentos e possam, a partir disso, atuar corretamente em sua rotina laboral.

Segundo Schneider e Ramos (2012), na prática da enfermagem há o enfrentamento de situações em que o profissional deve escolher entre duas ou mais alternativas. Diante disso, são necessárias reflexões, ponderações e discussões, levando em consideração conhecimentos específicos, valores, princípios éticos e legais. Os profissionais devem ter, além da preparação técnica, a consciência para a atualização constante e o compromisso ético para evitar iatrogenias no campo das atividades profissionais (SILVA et al., 2018). Além disso, é seu dever proteger o paciente confiado aos seus cuidados, promovendo a prevenção e controle sistemáticos dos danos que podem ser causados ao cliente (BRESCIANI et al., 2016; BRASIL, 1986).

Um dado positivo e significativo que esta pesquisa apontou se refere à elevada porcentagem de acertos após a atividade educativa. Nesse sentido, percebe-se que a educação de qualidade, elucidativa e contextualizada sobre o código de ética e os deveres e direitos que regem a profissão promovem, não somente efeitos diretos na qualificação e segurança do profissional, como também na segurança do paciente, como sugerido por Barbosa e col. (2017).

Assim, recomenda-se que os preceitos éticos e bioéticos possam ser contemplados em todas as disciplinas durante a graduação, para que os estudantes ao sair da academia, possam estar mais munidos de conhecimento e preparo profissional, e partir disso assistir com mais segurança à comunidade na qual atuará.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Notou-se que um quantitativo importante dos participantes desconhecia acerca dos direitos, deveres e proibições em caso de aborto, de assistência aos menores de idade e prescrição de medicamentos em eventos emergenciais. Sabe-se que tal realidade não é exclusiva dos acadêmicos da instituição de ensino avaliada, pelo contrário, acredita-se que a disciplina ética e bioética é pouco enfatizada em muitas universidades no Brasil, culminando em lacunas que podem ter reflexo direto na atuação dos futuros profissionais.

Diante disso, é crucial que nos cursos de graduação em enfermagem, os docentes possam constantemente usar de métodos ativos e integrativos, buscando incorporar à todas as disciplinas aspectos éticos de forma a maximizar o conhecimento dos estudantes e ampliar a apreensão do conteúdo.

Faz-se necessário também, que a humanização na assistência à saúde seja sumariamente trabalhada, principalmente dentro dos dilemas aqui citados. O acadêmico deve buscar compreender as vulnerabilidades que estão em torno de um aborto, por exemplo. Saber que ao mesmo tempo para algumas mulheres, interromper a gravidez pode ser algo trivial, enquanto para outras pode ser um grande dilema entre fazer o que é

moralmente aceito na sociedade civil, e assim levar adiante uma gravidez não desejada, ou forjar um ato abortivo devido as diversas impossibilidades que levam a não querer enfrentar uma maternidade.

No caso dos adolescentes que são atendidos pela equipe de saúde, estes têm o direito de escolher se o responsável pode saber sobre sua condição de saúde. O acadêmico de enfermagem precisa trabalhar como lidar em situações comuns entre adolescentes, como nos casos de bulimia, início da vida sexual, depressão, automutilação, dentre outros, em que muitas das vezes, os pacientes preferem não externalizar para a família. O enfermeiro precisa estar amparado de argumentos para esclarecer ao cliente sobre os riscos e benefícios para sua saúde, e dar ao indivíduo, com capacidade de discernir sobre seu quadro, a autonomia para escolher qual tratamento é mais adequado a seguir.

Diante do exposto, é primordial que o enfermeiro entenda que é direito previsto por lei o acesso à saúde, respeitando as especificidades de cada indivíduo, e se mostrando empáticos conforme as informações dadas pelo paciente, no sentido de serem estritamente confidenciais. Reforça-se este argumento inferindo que é indispensável que os cursos de enfermagem estimulem seus acadêmicos a pensarem criticamente em relação aos temas citados na pesquisa, gerando estratégias pedagógicas que possibilitem suplantar as incongruências crônicas e latentes entre o que se espera alcançar durante a formação acadêmica e a realidade da rotina profissional.

Para tanto, a realização de capacitações, de atualizações e educações em saúde sobre a ética profissional em diferentes contextos, é primordial e deve ser incentivada dentro da academia não só nos anos iniciais ou de forma optativa, mas de forma integral em diferentes semestres. Dessa forma, o amadurecimento acadêmico/profissional juntamente com a vivência teórico-prática consolidaria o conhecimento ético durante a graduação e formariam profissionais de saúde capacitados para atuarem dentro do código previsto promovendo a segurança dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D. Y. M. L.; ARAÚJO, É. J. F.; BARROS, I. C. **O conhecimento dos enfermeiros do município de Teresina/PI sobre seu código de ética.** Vita et Sanitas, v. 5, n. 1, p. 34-50, 2011.

BARBOSA, M. L. et al. **Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre o código de ética que rege a profissão.** Rev. baiana enferm., Salvador , v. 31, n. 4, e21978, 2017 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502017000400311&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2021. http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.21978.

BARBOSA, M. P. F. **Descriminalização do aborto é a solução em uma sociedade polarizada?** Ma. Kenia Cristina Ferreira de Deus Lucena. 2021. p. 30. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Curso de Direito, Núcleo de Prática Jurídica, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Direito e Relações Internacionais, Goiânia. 2021.

BECKER, L. G. et al. **Conhecimento dos enfermeiros sobre o novo código de ética do profissional de enfermagem.** Nursing (São Paulo), v. 23, n. 271, p. 5041–54, 2020. Disponível em: http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1049. Acesso em: 6 out. 2021. DOI: 10.36489/nursing.2020v23i271p5041-5054.

BRASIL. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9273.

BRESCIANI, Helga Regina et al. **Legislação comentada: lei do exercício profissional e código de ética**. Florianópolis: COREN/SC, 2016.

COFEN - **Resolução COFEN nº. 564/2017: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Disponível em www.portalcofen.gov. Acesso em 08 de nov. de 2021.

COFEN - **Resolução COFEN nº. 311/2007: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 08 out. 2021.

DALMOLIN, G. R. S.; GOLDIM, J. R. **Erros de medicação em hospitais: considerações a partir da Bioética.** AMB Rev. Assoc. Med. Bras., v. 59, n. 2, p. 95-99, 2013.

FONSECA, S.C. et al. **Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018.** Cad. de Saúde Pública, v. 36, p. e00189718, 2020.

LIMA, S. M. F. S. et al. **Avaliação do conhecimento de estudantes de medicina sobre sigilo médico.** Rev. Bioét. [online], v. 28, p. 98–110, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281372> Acesso em: 7 Out. 2021.https://doi.org/10.1590/1983-80422020281372.

MACHIN, R. et al. **Formação médica e assistência aos processos de abortamento: a perspectiva de residentes de duas universidades públicas em São Paulo, Brasil.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online], v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180370>. Acesso em: 6 out. 2021. https://doi.org/10.1590/Interface.180370.

OLIVEIRA, R. M.; SANTANA, T. P.; FERREIRA, R. K. A. **A aplicação dos princípios da Bioética no Ensino Superior.** Revista Eletrônica Pesquiseduca, v. 13, n. 30, p. 619–32, 2021.

PEREIRA, A. L. F.; SCHORETER, M. S. **Abordagem do tema do aborto no ensino de graduação na perspectiva das enfermeiras recém-graduadas. Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e36835, 2019.Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/36835>. Acesso em: 06 out. 2021. https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.36835.

PEREIRA, Márcia Virgínia et al. **Grau de conhecimento dos pacientes sobre o tratamento: estratégia para uso racional de medicamentos.** J. Health NPEPS, v. 1, n. 1, 2016.

SCHNEIDER, D. G.; RAMOS, F. R. S. **Procesos éticos de la enfermería en la Provincia de Santa Catarina: caracterización de los elementos fácticos.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 20, p. 744-752, 2012.

SILVA, A. L. N. V. et al. **Caracterização de Processos Éticos instaurados contra Profissionais de Enfermagem.** Nursing (São Paulo), v. 23, n. 263, p. 3698–3704, 2020. Disponível em: http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/664. Acesso em: 3 out. 2021. DOI: 10.36489/nursing.2020v23i263p3698-3704.

SILVA, T. N. et al. **Vivência deontológica da enfermagem: desvelando o código de ética profissional.** Rev. Bras. Enferm., v. 71, p. 3-10, 2018.

SOUSA, J. D. N. et al. **Effectiveness of the Maguerez Arch in nursing teaching on vesical catheterism: an almost experimental study.** Rev. Gaúcha Enferm., v. 42, p. e20200105, 2021. doi: https://doi.org/10.1590/1983- 1447.2021.20200105.

SOUZA, G. et al. **O sigilo profissional no atendimento ao adolescente nos serviços de saúde: uma revisão teórica.** Rev. Elet. Acerv. Saúde ISSN, v. 2178, p. 2091, 2021.

CAPÍTULO 2

GESTUALIDADE DE ESCULTURAS DE ENFERMEIRAS NA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Data de aceite: 10/01/2022

Sarah Kelley Ribeiro de Almeida
Enfermeira pela Universidade Estácio de Sá. Pós-graduanda em Docência em Enfermagem pela Faculdade Dom Alberto. Residente de Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ
https://orcid.org/0000-0003-0563-1891

Cassilda Virtuoso Gomes
Enfermeira pela Universidade Estácio de Sá. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
https://orcid.org/0000-0003-262-6857

Luciane Pereira de Almeida
Mestre em Enfermagem. Enfermeira Obstétrica. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Faculdade de Enfermagem da UERJ
https://orcid.org/0000-0002-6463-9626

Marcos Vinicius Mendes Macena
Enfermeiro pela Universidade Estácio de Sá

Andréia Neves de Sant Anna
Professora credenciada do programa de mestrado da PPGENFBio / Unirio. Doutora em Ciências. Especialista em docência, gerência e neonatologia. Coordenadora no curso Pós-Graduação pela Universidade Estácio de Sá-EAD. Líder do Grupo LACUIDEN/ Sulacap. Enfermeira do HUPE/UERJ
https://orcid.org/0000-0002-0748-2079

RESUMO: Como forma de homenagens as Enfermeiras que historicamente estão consagradas na trajetória da enfermagem, como Anna Nery e Florence Nightingale encontramos esculturas em forma de arte, moldados em bronze e pedras, consagrando dessa forma um marco das atuações e colaborações para a enfermagem, para a saúde e para a história. Assim, essa pesquisa de caráter histórico-social tem como objetivo identificar a existência de relação entre as esculturas em homenagem às enfermeiras e a demonstração do cuidar, através de duas imagens que obedecem aos critérios da análise na forma de esculturas localizadas na Praça ou no prédio da Cruz Vermelha Brasileira do Rio de Janeiro. Conclui-se na comparação das obras que emblemas como símbolo da cruz, vestimenta e véu são entendidos como representações objetais. Além disso, o gesto retratado através do simples toque da mão da mulher sobre o corpo do soldado ferido de guerra, faz referência à uma palavra, que é aplicada constantemente na prática da enfermagem, através do ato do cuidar, características ímpares desta profissão.

PALAVRAS-CHAVE: História da Enfermagem; Cruz Vermelha Brasileira; enfermagem; escultura.

GESTUALITY OF NURSES SCULPTURES IN THE BRAZILIAN RED CROSS

ABSTRACT: As a way of honoring the nurses who historically enshrined in the trajectory of nursing, such as Anna Nery and Florence Nightingale, we find sculptures in the form of art, molded in bronze and stones, thus establishing a landmark of actions and collaborations for nursing, for health and for history. Thus, this historical-social research aims to identify the existence of a

relationship between the sculptures in honor of nurses and the demonstration of care, through two images that meet the analysis criteria in the form of sculptures located in the square or in the building. of the Brazilian Red Cross of Rio de Janeiro. It is concluded from the comparison of the works that emblems as a symbol of the cross, clothing and veil are understood as object representations. In addition, the gesture portrayed through the simple touch of the woman's hand on the body of the soldier wounded in war refers to a word that is constantly applied in nursing practice, through the act of caring, unique characteristics of this profession.
KEYWORDS: History of Nursing; Brazilian Red Cross; nursing; sculpture.

1 | INTRODUÇÃO

Na trajetória da enfermagem, existiram diversas pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram e deixaram um marco na história. Seja ele através de inovações no tratamento de pacientes, mudanças de pensamento ou até mesmo, através de seu posicionamento e comportamento em meio à época vigente.

Algumas das homenagens a Enfermeiras historicamente consagradas como Anna Nery[1] (1814-1880) e Florence Nightingale[2] (1820-1910), foram realizadas em forma de esculturas, expressões de arte em diferentes modelos e com variados materiais, consagrando dessa forma suas atuações e colaborações para a enfermagem, para a saúde e para a história. Essas mulheres enfermeiras receberam tributos em forma de arte, moldados em bronze e pedras.

Na busca por essas representações imagéticas, esse artigo traz como objeto de estudo as imagens de esculturas de enfermeiras na Cruz Vermelha Brasileira, situada no estado e município do Rio de Janeiro. As esculturas das mesmas foram escolhidas, pois segundo o estudo de Sant Anna, 2016, existem 15 esculturas em homenagem a enfermeiras pelo mundo nos seguintes locais: Estados Unidos, Brasil, Inglaterra, Espanha, França, Ucrânia, Polônia, Austrália, Rússia, sendo identificados acerca das esculturas em outros países, portanto considera-se relevante fazer um estudo das esculturas em nosso pais de origem, considerando que as mesmas são importantes no contexto da historia da enfermagem e não encontramos estudos específicos acerca das esculturas das mesmas.

Nesse sentido, a Cruz Vermelha é uma instituição internacional voluntária de socorro e sem fins lucrativos, que tem como intenção minimizar o sofrimento humano e promover a paz entre todas as nações. "O primeiro presidente da Cruz Vermelha do Brasil foi o conhecido médico sanitarista Oswaldo Cruz", segundo o historiador Maurício Santos.

No Brasil, a Praça da Cruz Vermelha surgiu por volta de 1906, no local onde ficava o Morro do Senado, que após ter sido totalmente desmontado, deu origem à construção da estrutura antes mesmo da criação do prédio da instituição. A Praça está localizada na zona

1 voluntária para participar da Guerra do Paraguai (1865-1870), foi nomeada enfermeira e consagrada como uma das mais ilustres mulheres da História do Brasil e da Enfermagem [1].
2 Uma mulher à frente de seu tempo, pioneira no tratamento segundo o modelo biomédico aos feridos de guerra durante a Guerra da Crimeia (1853-1856) [1].

central da cidade do Rio de Janeiro e apresenta formato circular no cruzamento de ruas movimentadas, características do urbanismo do prefeito Pereira Passos.

O prédio definitivo foi projetado pelo arquiteto Pedro Campo Fiorito. A construção iniciou-se em 1919 e somente por volta de 1924 ficou completamente pronta. O edifício apresenta uma fachada curva, seguindo o molde da Praça, esculturas de cimento sobre o tímpano e cruzes pintadas de vermelho.

Ainda em conformidade com o site oficial da instituição, uma associação de mulheres da sociedade carioca criou o comitê “Damas da Cruz Vermelha Brasileira”, o qual originou a Sessão Feminina. Esta, por sua vez, tinha a missão de formar o corpo de Enfermeiras Voluntárias. A partir daí, em março de 1916 foi inaugurada a Escola Prática de Enfermagem, tendo como diretor o Capitão Médico do Exército, Dr. Getúlio dos Santos.

Nesse sentido o objetivo do estudo é identificar a existência de relação entre as esculturas em homenagem às enfermeiras e a demonstração do cuidar.

Tendo em vista o objetivo proposto foi possível perceber que há certa semelhança entre as esculturas mencionadas no que tange aos seus posicionamentos e gestos e assim surgiu o seguinte questionamento: qual a similitude das gestualidades que se estabelece entre as esculturas de enfermeiras na Cruz Vermelha Brasileira do Rio de Janeiro?

2 | ABORDAGEM METODOLÓGICA

O aspecto metodológico abordado na pesquisa é o histórico-social, por meio de documentos escritos, fotográficos e análise das esculturas em espaço público. Os critérios utilizados na pesquisa foram: imagens de enfermeiras na forma de esculturas (sejam elas em pedra, bronze, ou qualquer outra matéria prima); esculturas estas, que estão localizadas na Praça ou no prédio da Cruz Vermelha Brasileira do Rio de Janeiro.

Foram encontradas 02 (duas) imagens que obedecem aos critérios da análise, que foram analisadas por meio de fotografias assim como também no próprio local em que as esculturas se encontram expostas, o que permitiu uma observação mais minuciosa e detalhada das obras. O texto a seguir reforça a possibilidade desse tipo de estudo com o reforço do tipo de material a ser utilizado

> O passado também deve ser procurado em cartas, fotografias, juras ou em receitas culinárias transmitidas oralmente em família. Investigar em história é manter vivo um duelo constante entre os objetos da investigação e o investigador, em que é necessário saber lidar com os obstáculos e os condicionalismos inerentes ao rigor da pesquisa de outras épocas [2]

Nesse sentido, a análise das imagens teve por finalidade descrever e comparar as esculturas o que nos permitiu observar os sinais e os significados através de uma matriz de análise aplicada nos fac-símiles do estudo, pelo qual foi possível identificar e comparar elementos de linguagem não verbal, como forma de comunicação, assim como expressão

facial e corporal e os atributos pessoais, nos permitindo a realização de uma analogia entre cada escultura analisada e as suas finalidades.

Desse modo, pode-se dizer que emblemas como símbolo da cruz, vestimenta longa e véu “foram entendidos como representações objetais. Estes signos externos ao corpo e a eles associados (posturas e poses) constroem imagens próprias de seus portadores” [3].

a. A importancia do gesto

É importante mencionar o gesto neste estudo, tendo em vista que o gesto é uma forma de comunicação e se faz necessária a leitura da escultura por meio do gesto impresso na mesma. A linguagem dos gestos permite transmitir a história da escultura independente do verbal, e permite a quem observa atentamente um meio de acesso, e leitura da mesma (MICHAUD, 2013)

De acordo com o dicionário Michaelis, a palavra gesto (do latim *gestum*), denota “Movimento do corpo, principalmente das mãos, dos braços, da cabeça e dos olhos, para exprimir ideias ou sentimentos, na declamação e conversação”; “Forma de se expressar”; “Gesticulação”. “O homem é um ser em movimento e, ao mover-se, põe em funcionamento formas de expressão completas e complexas. [...]. A expressão gestual serve tanto a intenção cognitiva, expressiva ou descritiva, quanto a referências de ordem afetiva” [4].

Existem muitas formas de se expressar, seja pela linguagem verbal ou pela não verbal, e o gesto é uma delas. O gesto é uma maneira de comunicação pela qual o homem se expressa, transmite uma mensagem, uma ideia, sentimentos ou emoções, por meio da linguagem corporal. E para isso, não é preciso muito, por vezes é necessário apenas um pequeno gesto para se conseguir transmitir uma mensagem completa, como por exemplo, uma pessoa com o dedo indicador na frente da boca, sugere a ideia de que naquele lugar ou naquele momento, deve-se fazer silêncio, não pode haver barulhos etc.

O gesto é ainda, um movimento que se faz palavra, pode ser voluntário ou involuntário, e transmitido por meio de pessoas, imagens, pinturas, esculturas, entre outras maneiras. Weil & Tompakow [5] observam que “a vida é um fluxo constante de energia e a linguagem do corpo é a linguagem da vida (...)”.

A possibilidade de se pensar na gestualidade das imagens pressupõe-se de forma inconsciente a memória de movimento, com configuração harmoniosa, mas também contraditória, que desestabiliza e integra as figuras, aproximando-as em dado momento e afastando-as em outro, sendo que é perceptível às diferenças nas características daquele que é cuidado, fazendo contraponto vida e morte nas imagens [6].

Segundo Silva [7], a comunicação não verbal exerce fascínio sobre a humanidade desde seus primórdios, uma vez que abrange todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras, tais como os gestos, as expressões faciais, orientações do corpo, as posturas, a relação de distância entre os indivíduos e, ainda, a organização dos objetos no espaço.

Dessa forma, pode ser observada na pintura, literatura, escultura, entre outras formas de expressão humana. A comunicação não verbal está presente no nosso dia a dia, porém, muitas vezes, não temos consciência de sua ocorrência e, nem mesmo, de como acontece [7].

b. Esculturas

São formas de expressão de arte retratada em várias dimensões (mantém-se em pé por si só e pode ser vista por todos os seus lados) ou em relevo (tendo a parte de trás ligada a um fundo e por esta razão, não pode ser vista por esse ângulo), por meio da transformação de uma matéria bruta, como argila, madeira e bronze, em elementos artísticos com significados. Uma escultura pode ser uma réplica de uma pessoa, ou algo inventado pelo artista. Nela é observada cor, tamanho, textura, luz e sombra.

As esculturas são feitas em todo o mundo desde a época pré-histórica, na qual os artistas associavam as esculturas à magia e à religião, e utilizavam materiais provenientes da natureza, como por exemplo, argila, pedra e marfim, para se expressarem. Só a partir de muito tempo depois foi que começaram a produzir por meio de outras matérias, como o mármore, bronze e demais metais.

No início, a maior parte das esculturas era associada à religião, no qual as obras tinham a finalidade de reverenciar e vangloriar reis e deuses e eram destinadas aos templos. No período paleolítico, o objetivo maior começou a ser o de esculpir única e exclusivamente animais e figuras humanas, principalmente figuras femininas em objetos religiosos e utensílios domésticos, como por exemplo, os amuletos, que eram esculpidos como símbolos de fertilidade feminina.

Posteriormente, as estátuas começaram a retratar imagens de homens e deuses em suas formas mais sublimes. E somente a partir dos períodos do Renascimento, Barroco e Neoclassicismo é que as esculturas começaram a ganhar mais destaque e, também, outros significados e finalidades, tais como, decoração e homenagens.

Atualmente, diversos elementos são utilizados para esculpir, tais como o concreto, granito, plástico, tecido e até mesmo, lixo. Mas apesar dos materiais que são usados para sua formação, cada escultura possui um significado individual, uma mensagem a ser transmitida ao expectador. A forma pela qual essa mensagem é absorvida e compreendida varia de indivíduo para indivíduo, uma vez que cada um possui uma maneira de observar, de criticar e de analisar uma imagem seja ela qual for.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa teve como resultado da busca duas esculturas de enfermeiras que se adequaram aos critérios da proposta desse estudo, são elas: “Monumento às Enfermeiras Voluntárias/Mãe do Mundo” e “Placa Narrativa de Anna Nery”, como mostra o quadro demonstrativo a seguir.

DATA	OBRA	AUTOR	LOCAL	PROPÓSITO
1924	Monumento às Enfermeiras Voluntárias (Mãe do Mundo)	Não Identificado	Cruz Vermelha Brasileira - Rio de Janeiro, Brasil	Homenagear as primeiras enfermeiras voluntárias da Cruz Vermelha
1956	Placa Narrativa de Anna Nery	Luiz Ferrer	Praça da Cruz Vermelha Brasileira - Rio de Janeiro, Brasil	Homenagear Anna Nery por sua atuação na Guerra do Paraguai

Quadro demonstrativo 01: Dados do Plano de Identificação das Esculturas.

É relevante fazer menção que, para realizar uma análise mais meticulosa das obras, foi preciso realizar alguns recortes e ampliações para facilitar a comparação entre as esculturas.

A Primeira Guerra Mundial, como o próprio nome diz, foi uma guerra global, que teve início em 28 de julho de 1914 e perdurou até 11 de novembro de 1918. A batalha envolveu grandes potências do mundo todo, divididas em duas alianças opostas: os Impérios Centrais e os Aliados. Os dois blocos expandiram-se cada vez mais e foram abrangendo outras nações, inclusive o Brasil, em 1918.

Sendo uma guerra que envolvia tantos países e, consequentemente, tantos soldados e feridos de guerra, tornou-se necessária as solicitações de cada vez mais voluntárias para socorrerem e prestarem auxílio a esses feridos.

Muitas enfermeiras brasileiras atuaram como voluntárias durante o período de guerra e, portanto, foram homenageadas com esta escultura que recebeu o nome de “Mãe do Mundo” e possui uma réplica na sede italiana, uma vez que foi construída em homenagem às primeiras enfermeiras voluntárias no mundo que participaram da I Guerra Mundial, sendo que diversas delas eram brasileiras e morreram em território italiano.

O autor e a data exata da construção da obra não foram identificados, porém, pela arquitetura da construção do prédio, acredita-se que tenha ocorrido em 1924. A escultura foi criada em homenagem às primeiras Enfermeiras Voluntárias da Cruz Vermelha e está localizada na parte externa na torre da cúpula do Palácio da Cruz Vermelha Brasileira, no Órgão Central da Praça da Cruz Vermelha no Rio de Janeiro, como se pode observar na figura n. 1.

Figura n. 01- Mãe do Mundo (monumento as enfermeiras voluntarias)

Na figura n. 2, temos uma aproximação da imagem Mãe do Mundo, monumento às Enfermeiras voluntárias, onde é possível observar algumas características da enfermeira, como o véu na cabeça com uma cruz na fronte e o traje longo típico de enfermeiras da época e que também apresenta o símbolo da cruz.

> "A roupa revela atributos e características da pessoa que a está usando, assim como o tempo em que ela está inserida. As roupas têm uma linguagem própria e comunicam sobre o sexo, a idade e a classe social de quem as veste, podendo ainda dar informações importantes em relação ao tipo de trabalho, origem, personalidade, gostos e humor da pessoa, naquele momento" [8].

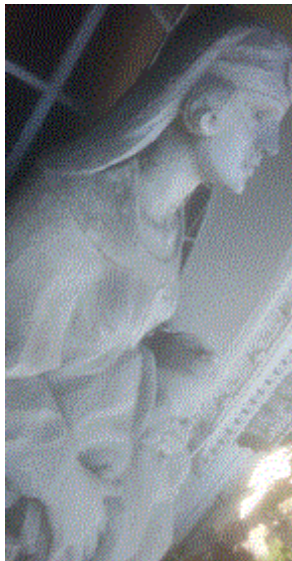
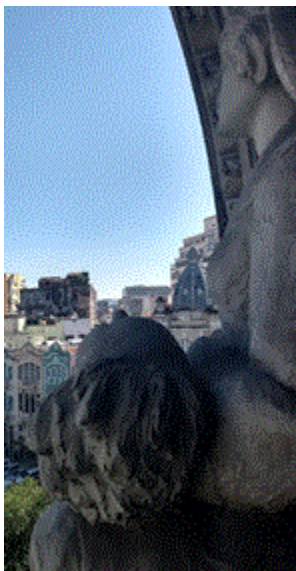



Figura n. 02 – Mãe do mundo

A mulher na obra possui o olhar voltado para frente e está com um homem apoiado nos braços; na figura n. 2 e n.3, pode-se observar que seu antebraço esquerdo apoia a

cabeça do homem, enquanto sua mão direita toca o tórax dele, aludindo à ideia de empatia e compaixão.

> "interpretando como mensagem a ser passada, através da caridade e bondade, como de sentimento, de piedade ao próximo e salvadora do mundo". A escultura passa o entendimento de que esses seriam os requisitos esperados dessas mulheres, enfermeiras, na profissão mesmo em tempo de guerra [9].

igura n. 03 – Mãe do mundo

O homem por sua vez, apresenta o corpo recostado no colo da enfermeira, o rosto voltado para cima e o braço esquerdo pendurado ao chão. Além disso, exibe roupas que aparentam ser de um traje militar, como a camisa de gola, calças compridas e botas, sendo supostamente, a reprodução de um soldado ferido.

Neste sentido, conforme cita Cytrinnowicz [10], a figura de uma mulher em trajes de enfermeira da Cruz Vermelha, acolhendo um ferido de guerra, fixa de certa forma, uma imagem que se reportava a I Guerra Mundial na matança industrializada de soldados e de civis.

Uma outra imagem analisada refere-se à *Placa Narrativa de Anna Nery*, ilustrada pela figura n.4, quando após a guerra do Paraguai e, ao retornar ao Brasil, em 1870, Anna Nery foi homenageada com a Medalha Geral de Campanha e a Medalha Humanitária de Primeira Classe. D. Pedro II, por decreto, lhe concedeu uma pensão vitalícia. Nery faleceu em 20 de maio de 1880 no Rio de Janeiro, e a primeira escola oficial brasileira de enfermagem foi batizada por Carlos Chagas com o nome de Anna Nery, em 1926 em sua

homenagem.

> "A enfermeira (Anna Nery) conseguiu transformar a realidade sanitária local, impondo condições mínimas de higiene para que doenças não se alastrassem e feridas fossem tratadas. Na luta pela recuperação dos pacientes eram usados recursos da época como iodo, cloreto de potássio, água fenicada e cauterização, além de beberagens de plantas medicinais. É considerada a primeira pessoa não-religiosa a dedicar-se aos cuidados com a saúde de uma comunidade ou população [...] O seu maior legado pode ser considerado a abnegação e a perseverança na prática do cuidar do próximo, a organização sistemática e a humanização no cuidar dos doentes" [11].

Figura n. 4 – Placa Narrativa de Anna Nery, 1956 [12]

A escultura da Placa Narrativa de Anna Nery foi construída por Luiz Ferrer, em 1956. Criada em homenagem à Anna Nery, por sua atuação na Guerra do Paraguai, refere-se a uma representação de sua atuação durante o período de guerra. Está situada na Praça da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro [13].

Trata-se de uma placa de bronze esculpida em alto-relevo, sobre um pedestal de pedra, elevada a certa altura em relação ao solo. Como pode-se observar na figura n. 4, a mulher possui trajes semelhantes ao das enfermeiras da Cruz Vermelha, como o vestido de mangas longas e o véu na cabeça com o símbolo de uma cruz. Ademais, se encontra em posição de amparo em relação ao soldado, com seu olhar voltado para o militar, o braço esquerdo sob a cabeça do mesmo e a mão direita sobre o peito dele, o que, segundo Guglielmi[14], consegue exprimir muito mais que tantas palavras, um toque da mão pode transmitir o afeto, a empatia, o amparo, a piedade que experimentamos por uma pessoa[14].

Já o soldado, possivelmente ferido, apresenta uniforme representativo, camisa de gola, calças e botas, e se encontra recostado, com o dorso apoiado na mulher, a cabeça inclinada para trás e o braço esquerdo caído ao chão, remetendo ao gesto de desfalecimento para quem observa.

Nesta lógica de pensamento, o retrato da enfermeira como atenuadora do

sofrimento dos feridos de guerra, afeta a sociedade sensibilizando-a, além de repassar a marca simbólica e os princípios humanitários (principalmente o de humanidade) da Cruz Vermelha, como uma assinatura imagética da instituição.

Buscando a significação das imagens e a similaridade entre as gestualidades de tais esculturas, foi possível identificar grande semelhança entre as obras. Para facilitar a observação, utilizou-se as pranchas, com o intuito de aproximação das imagens e melhor visualização.

> "Nesse sentido as pranchas devem ser compreendidas como uma coleção de Pathosformel, que é proveniente de técnicas cinematográficas, tendo como suporte o fundo negro, que permite deslocamento das imagens, que propicia "isolamento e concentra a representação no instante da presença", recria trajetórias de forma silenciosa por meio de fenômenos visuais" [11]

Para elaboração das pranchas, foi necessário realizar aproximações e recortes das imagens, como é possível observar na prancha 01, para se conseguir alcançar os objetivos da analogia. Segundo Sant Anna [13], "a percepção de deslocamento das imagens é reforçada pelo fundo negro, que tem a intenção de criar a percepção de imagem em movimento, como em um filme" [13].

Figura n. 5 – Prancha 01: Leitura geral das duas esculturas. Coluna da esquerda para direita, "Placa Narrativa de Anna Nery" e "Mãe do Mundo" respectivamente.

A leitura da prancha (figura n. 5) permite a compreensão e a percepção da similitude dos gestos e movimentos que há nestas obras. Como se pode reparar, as duas imagens são

muito semelhantes no posicionamento e na gestualidade das pessoas que se encontram nelas, além do significado e da mensagem que ambas transmitem.

> "Assim, as esculturas trazem em si, uma serie de significados por meio dos gestos impressos nela, com a intenção de influenciar o espectador, pois o gesto se traduz em comunicação, pois o corpo é carregado de movimentos e falas silenciosas por meio da gestualidade" [13].

Tais gestos representados fazem menção à gesticulação característica de uma enfermeira, que é a do cuidado. O ato do cuidar, retratado através do simples toque da mão da mulher sobre o corpo do soldado ferido de guerra, e do escorar a cabeça do mesmo com a outra mão, expressam o cuidado, o amparo e a compaixão dignos de enfermeiras. Na prancha a seguir (figura n. 6), é possível analisar estes atributos.

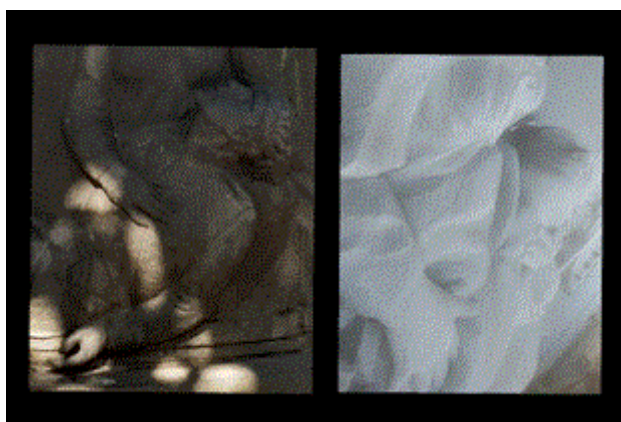



Figura n. 6 – Prancha 02: O gesto do cuidar.

A prancha 03 (figura n. 7) tem como foco a vestimenta feminina e suas semelhanças. Através da observação, pode-se identificar que ambas aparentam estar de vestimenta longa, véu na cabeça e símbolos da cruz, os quais apontam para imagética de enfermeira. Nas duas obras, as enfermeiras possuem uma cruz na fronte; já na escultura "Mãe do Mundo", a cruz se encontra estampada também na roupa da mulher.

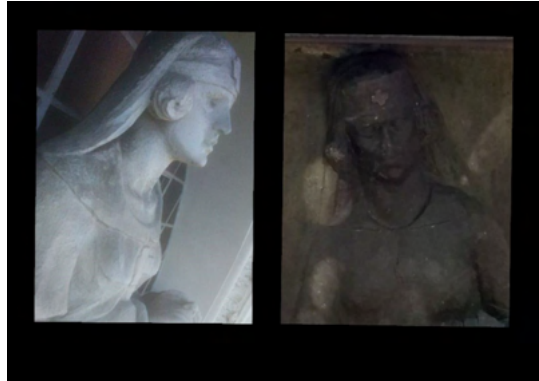



Figura n. 7 – Prancha 03: Vestimenta feminina.

Durante a análise das figuras masculinas nas esculturas, observou-se que, assim como as mulheres, ambos os homens apresentam características semelhantes quanto aos seus posicionamentos, semblantes e vestimentas.

Analisando a prancha 04 (figura n. 8), torna-se visível a comparação dos trajes que, por sua vez, muito se assemelham aos uniformes pertencentes aos soldados da época, que abrangiam em suma, calça comprida, botas e camisas longas. Quanto ao posicionamento, percebe-se que os dois soldados demonstram estar em posições similares, recaídos ao chão, amparados pela enfermeira, com uma perna curvada e com o braço pendente ao chão, exprimindo a ideia de desfalecimento para quem observa.

> "chama a atenção com o gesto de entrega, em que se observa o braço pendente do ferido, nas esculturas, que exalam seu último suspiro, e se cristalizam, e se repetem de forma fantasmagórica, as esculturas se invadem mostrando suas semelhanças, reduzindo a crueldade da guerra e exaltando o herói ferido" [14].

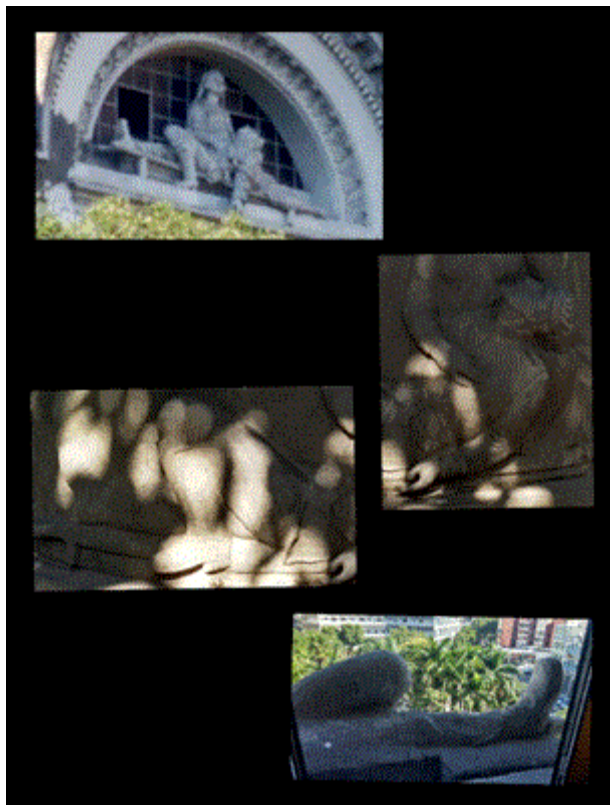



Figura n. 8 – Prancha 04: Peculiaridades masculinas.

4 I CONCLUSÃO

A história nos permite conhecer sobre a existência e a atuação de enfermeiras que atuaram ao longo do tempo, apoiando, ajudando e cuidando de feridos. Atos como os de Florence Nightingale, Anna Nery e tantas outras, culminaram em homenagens, inclusive em formas de esculturas.

A visualização destas esculturas culminou na pesquisa proposta, induzindo a seguinte reflexão: “existe alguma relação entre as esculturas em homenagem às enfermeiras na Praça da Cruz Vermelha”?

Sendo assim, a partir da leitura, análise e comparação das obras citadas, ficou claro que emblemas como símbolo da cruz, vestimenta longa e véu são entendidos como representações objetais. Logo, tais representações apresentadas nos corpos das enfermeiras de cada escultura tiveram sua marca simbólica, compreendida como uma assinatura imagética.

Ademais, o gesto, um movimento que se faz palavra, é aplicado constantemente na prática da enfermagem, através do ato do cuidar, características ímpares desta profissão. Tais gesticulações serviram de moldes e foram muito bem representados nas esculturas

analisadas, nas quais tornou-se possível observar por exemplo, o olhar e o toque da enfermeira sobre o soldado ferido, o posicionamento do mesmo sobre a enfermeira, dentre outros.

Além disso, tais movimentos proporcionaram o entendimento da mensagem transmitida e possibilitaram ao espectador vislumbrar o passado por uma maneira ainda mais próxima da realidade.

Desta forma, apresenta-se uma síntese da pesquisa, referente à similitude da gestualidade das esculturas de enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira do Rio de Janeiro, com o intuito de facilitar a visualização e o entendimento acerca do assunto.

REFERÊNCIAS

1- Cardoso MMVN e Miranda CML. Anna Justina Ferreira Nery: Um Marco Na História Da Enfermagem Brasileira. R. Bras. Enferm. Brasília, 1999; 52 (3):339-48. https://www.scielo.br/j/reben/a/ddpnDYNgkMnfh6RCptszCnN/?format=pdf&lang=pt

2- Ferreira A, Canastra A, Esteves, Alexandra. Investigação em história de enfermagem: um contributo do passado para o futuro. Revista de Enfermagem Referência.2013; 3 (11):153-58. http://doi.org/10.12707/RIII1306

3- Porto F, Santos TCF. O Rito e os Emblemas na Formatura das Enfermeiras Brasileiras no Distrito Federal (1924-1925). Esc. Anna Nery Rev Enferm. 2009;13 (2): 249-55. https://www.scielo.br/j/ean/a/vf8DLYjQ3rqPCsp9ThDxvsw/?lang=pt&format=pdf

4- Rector M, Trinta A. A comunicação não-verbal: a gestualidade brasileira. Petrópolis: Vozes, 1985.

5- Roland Tompakow, Pierre Weil. Corpo Fala, o - a Linguagem Silenciosa da Comunicação Não-Verbal. Petrópolis: Vozes, 2009.

6- Michaud PA. Aby Warburg e a imagem em Movimento. Rio de Janeiro: Contraponto, 2013.

7- Silva LMG Et al. Comunicação Não-verbal: Reflexões acerca da Linguagem Corporal. Rev.latino-am.enfermagem, 2000;8. Ribeirão Preto. https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000400008

8- Lurie A. A linguagem das roupas. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

9- Porto F. et al. Cruz Vermelha Brasileira (Filial São Paulo) na Imprensa (1916-1930). Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem, 2009. https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000300006

10- Cytrynowicz R. Guerra sem guerra. A mobilização e o cotidiano em São Paulo durante a Segunda Guerra Mundial. São Paulo: Edusp/Geração Editorial, 1999. DOI: https://doi.org/10.15448/1980-864X.2001.1.24519

11- Brazil TK. (organizadora), Sales SM, Portella SDC. Anna Justina Ferreira Neri. Projeto Heróis da Saúde na Bahia. http://www.bahiana.edu.br/herois/heroi.aspx?id=Mg==.

12- Porto F, Oguisso T. Os Elementos Simbólicos Do Monumento A Anna Nery No Rio De Janeiro. Ver. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011;32(4):719-26. https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/21945/14447

13- Sant Anna AN. Imagem pública em pedra e bronze: o fantasma da *Pietà* nas esculturas de enfermeiras. Tese de Doutorado - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016. http://www.unirio.br/ppgenfbio/arquivos/teses-arquivos/25-tese-andreia-santanna

14- Guglielmi A. A linguagem secreta do corpo - a comunicação não verbal. Tradução Denise Jardim Duarte. 5ª ed. Editora Vozes. Petrópolis (RJ), 2014.

CAPÍTULO 3

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: O FAZER JUNTO NA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Data de aceite: 10/01/2022

Monique Alves Padilha
Faculdade de Saúde Pública -Universidade de São Paulo-USP; Brasil

Lucileia Rosa Eller
Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Brasil

RESUMO: O estudo da educação interprofissional tem sido uma agenda permanente para a enfermagem, que perpassa o contexto global do perfil sócio sanitário do planeta. Nas últimas décadas ocorreram transformações das necessidades, sejam econômicas ou sociais da população mundial, e, para este novo cenário é preciso um novo perfil de profissionais da saúde, que compreendam a importância do trabalho em equipe e da colaboração. Este estudo analisou a Planificação da Atenção à Saúde à luz das referências da educação interprofissional e da agenda global de recursos humanos para saúde. Pretendeu-se identificar as competências necessárias para este cenário, assim como as estratégias utilizadas pelos estados no Brasil por meio da Planificação da Atenção à Saúde. Foram identificadas, também, oportunidades de melhoria no trabalho colaborativo e interprofissional que podem potencializar a formação e reorganização dos serviços que poderão provocar mudanças nos processos de trabalho necessários para alavancarmos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária, educação interprofissional, recursos humanos em saúde.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION: WORKING TOGETHER IN HEALTH CARE PLANNING

ABSTRACT: The study of interprofessional education has been a permanent agenda for nursing, which permeates the global context of the planet's socio-sanitary profile. In recent decades, there have been changes in the needs, whether economic or social, of the world population, and for this new scenario, a new profile of health professionals is needed, who understand the importance of teamwork and collaboration. This study analyzed Primary Health Attention Planning by the references of interprofessional education and the global agenda of human resources for health. It was intended to identify the skills needed for this scenario, as well as the strategies used by the states in Brazil through Primary Health Attention Planning. Opportunities for improvement in collaborative and interprofessional work were also identified and can enhance the training and reorganization of services and also can trigger the necessaries changes to develop the work processes.

KEYWORDS: Primary Health Attention, interprofessional education, human resources.

INTRODUÇÃO

O estudo da educação interprofissional tem sido uma agenda permanente no contexto dos sistemas de saúde global, e perpassam o cenário atual da pandemia da COVID-19

causada pela (SARS-CoV-2) e a aceleração da mudança do perfil sócio-demográfico, com aumento da obesidade e das condições crônicas, com transformações nas necessidades, econômica e social da população mundial (WHO, 2013). Somamos a isso, os determinantes sociais da saúde (DSS), as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, que são marcadores importantes na determinação das causas do processo de adoecimento e, desta forma, auxiliar na identificação da demanda local ou global (OMS, 2008). A saúde global amplia a discussão dos DSS voltando-se para as forças culturais, econômicas, sociais e políticas que perpassam as fronteiras dos países, um esforço sistêmico para identificar estas necessidades (FORTES, RIBEIRO, 2014; PEDUZZI, 2016).

Em uma perspectiva local, no Brasil, o cenário com o recente resultado do pleito eleitoral e posse a dos novos gestores ocorridas em janeiro de 2021, é importante dialogar sobre os inúmeros desafios para o planejamento de uma agenda estratégica para os próximos anos. A Sindemia, somatório da pandemia de COVID-19 com aumento das doenças crônicas, tem desafiado a comunidade cientifica, a sociedade e sobretudo os sistemas de saúde, exigindo respostas rápidas e um sistema estruturado, organizado e integrado em rede de atenção à saúde (MENDES, 2015). Porém, são apontados desafios das redes que apresentam problemas crônicos já conhecidos como o subfinanciamento da saúde, gestão, provimento e dimensionamento das equipes, estruturação dos serviços, baixa integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e outros níveis de atenção, resultando na fragmentação e comprometendo a coordenação e continuidade do cuidado. A crise sanitária, política, econômica e social ampliou as fragilidades existentes, porém mesmo com todas as dificuldades, é preciso reconhecer a força de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) onde podemos constatar em várias publicações experiências exitosas país a fora. (CONASS, 2020).

Dessa assertiva, cabe ponderar a necessidade de os novos gestores instrumentalizar as equipes de saúde com enfoques na educação interprofissional, acesso e de intervenção comunitária. Mendes (2010) define estratégias para a organização da atenção primaria integrada em redes de atenção à saúde e a organização dos macros e microprocessos para que a APS cumpra com seus atributos e funções. Em tempos de pandemia é necessário organizar a atenção aos usuários com COVID-19 garantindo a continuidade dos cuidados primários integrados à rede de urgência e emergência, garantindo a oferta de transporte sanitário em saúde, regulação formativa territorial e de recursos, fluxos regulatórios canais de ágeis de comunicação, para a garantia de cuidado, conforme a gravidade clínica (Mendes, 2015).

Há uma urgência pela reorientação dos serviços compostos por equipes multiprofissionais e que necessitam de ferramentas de qualificação por meio da educação interprofissional e da prática colaborativa, isso tudo para além do provimento e da formação, tão largamente discutidos.

Para este novo cenário e projeções futuras apontadas pela ciência é preciso um novo perfil de profissionais da saúde, que compreendam a importância do trabalho em equipe e da colaboração dos diferentes saberes e práticas. É preciso avançar na discussão da gestão de recursos humanos, com fortalecimento da governança a partir de políticas, novas lideranças, parcerias, educação e um sistemas de gestão de recursos humanos de qualidade, isto, porque muitos países desenvolvem políticas e estratégias para o desenvolvimento de pessoal da saúde inadequados com falta de apoio político, problemas com os dados sobre a temática nos países e cobertura na atenção à saúde (POZ, PORTELA, FEHN, 2017).

Para tal intervenção, foi definida a agenda da Estratégia Global sobre os Recursos Humanos para a Saúde: força de trabalho 2030, que entre as prioridades nacionais estão o desenvolvimento de equipes multiprofissionais dentro das Redes de Atenção à Saúde e a formação interprofissional com diversificação dos contextos de aprendizagem integrando ações e serviços (OPAS, 2017). Este formato de trabalho prepara o profissional para o trabalho em equipe, pois além da formação integrada e o reconhecimento do outro enquanto sujeito no cuidado, a prática colaborativa contribui para fortalecer o trabalho em equipe e potencializa a qualidade dos resultados das ações em serviço (PEDUZZI, et all. 2012).

A educação interprofissional (EIP) além de melhorar as práticas em saúde e a qualidade dos serviços otimiza recursos, fortalece novas habilidades por meio do desenvolvimento da força de trabalho e contribui para alcançar a equidade e o acesso universal (MIKAEL, et all. 2017; PEDUZZI, et all. 2012). Além disto, trata-se de temáticas emergentes no campo da saúde e da formação de recursos humanos, que por meio de metodologias participativas e colaborativas que contribuem para a reorientação dos serviços e organização dos processos de trabalho em uma nova perspectiva a partir da socialização de fato dos núcleos de conhecimento profissional para construção de um campo cada vez mais forte e com ganhos sociais efetivos (PEDUZZI, at al. 2012). A implantação da Estratégia de Saúde da Família é um exemplo prático de uma política de APS com enfoque no acesso universal com equipes multiprofissionais e formação para qualificação dos serviços e a equidade com resultados positivos, além disto, que aponta os desafios para sua efetivação relacionados ao contexto institucional e papel dos atores envolvidos (OPAS, 2010; BRASIL, 2017; SCHERER, 2006; PEDUZZI, et all. 2013). A qualificação da força de trabalho na saúde é um tema prioritário para o escritório da Organização Panamericana sobre agenda da Estratégia Global dos Recursos Humanos para a Saúde: força de trabalho 2030 (OPAS, 2017). Para a discussão no contexto da saúde global, é preciso avançar na direção de competências para este cenário globalizado, com uma população vulnerável que muitas vezes não alcançará os logros da agenda global de desenvolvimento, mas que ficará sobrecarregada com as consequências dela, como as novas ou permanente pandemias, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à medicamentos essenciais, como reflexo de uma globalização que afeta o território global de forma geral, mas com especificidades

localizadas em cada território nacional ou mesmo local devido aos diferentes impactos destas mudanças (DIAS, et all. 2016). Trata-se, portanto de uma agenda não só do setor saúde, mas de uma construção social com expressão de um novo paradigma. Diante desse cenário, o Brasil vem implantando por meio do CONASS e do Ministério da Saúde a metodologia da Planificação da Atenção à Saúde (PAS),em todos os estados brasileiros, método que contribui com a organização e fortalecimento da APS, organização das Redes de Atenção (RAS) e principalmente na qualificação dos profissionais, favorecendo diretamente a educação interprofissional através do processo de tutoria, permitindo as mudanças nos processos de trabalho que e aprimore as competências dos profissionais. (SBIBAE, 2020). Desta forma, este texto pretende analisar a Educação Interprofissional em saúde no desenvolvimento de competências na Atenção Primária à Saúde no Brasil no contexto da Planificação da Atenção à Saúde. Para isto, buscou-se orientar o texto pelas seguintes perguntas norteadoras: 1) A Planificação da Atenção à Saúde contribui para o desenvolvimento de competências na Atenção Primária à Saúde? 2) O modelo utilizado pela PAS para formação em serviço poderia ser utilizado em outros contextos para além dos estados já participantes ou mesmo para cooperação internacional na formação de recursos humanos com estas habilidades e competências necessárias? 3) De que maneira o Brasil pode contribuir com esta discussão da educação interprofissional nos serviços de APS? 4) E qual o papel da enfermagem neste contexto?

A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A Planificação da Atenção à Saúde está presente em 27 estados do país e Distrito Federal (DF), seja por implantação direta do CONASS ou com a parceria do PROAD (SBIBE, 2019). A análise pretendeu identificar as potencialidades e barreiras desta metodologia de aprendizagem, e contribuir com o desenvolvimento de competências na atenção primária à saúde. Além disto o CONASS tem interesse em firmar cooperação técnica internacional com países de língua portuguesa com interesse na qualificação dos seus profissionais.

Com esta análise dos modelos de formação em uso no Brasil, também contribui para avançar na discussão da educação interprofissional no país, além de promover o tema no contexto da educação permanente, a produção de conhecimento na temática e avaliação das ações de melhoria no acesso a partir da reorganização dos serviços e desenvolvimento de capacidades.

É uma estratégia importante para apoiar as equipes técnicas e gerenciais na implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), com fundamentos teóricos está pautado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas e no Modelo da Construção Social da Atenção Primária à Saúde, proposto por Eugênio Vilaça Mendes, com o compartilhamento do cuidado integrado à Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar (CONASS, 2020). O formato

das oficinas permite desenvolver as equipes interprofissionais, realizar planejamento, organização das ações de saúde no território, região e serviços com gestão na excelência e no modo de produção de saúde; enquanto uma Política Pública de qualificação de recursos humanos, destacamos nesse capitulo o enfoque pautado na discussão no campo da Atenção Primária e da Educação Interprofissional. Através da tutoria as equipes fazem junto as mudanças e melhorias necessárias a qualificação do cuidado e manejo clínico. O tutor é um ator estratégico no processo de tutoria, desenvolvendo um trabalho educacional, inicialmente, nas unidades-laboratório e, posteriormente, nas demais unidades (expansão), ele não substitui o profissional em suas funções e responsabilidades, mas o apoia na reflexão sobre a própria prática, na identificação de fragilidades e nas ações corretivas necessárias (SBIBAE, 2020).

A unidade laboratório é uma vitrine para os demais serviços do território ou região de saúde, servindo de modelo para as demais unidades garantindo assim experiencias exitosas conforme relato de experiências documentos no Caderno CONASS, n.º36. Edição que mapeou as referências publicadas nas bases de dados em saúde e na literatura cinza (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e de residência multiprofissional e outros) que possuíssem descritores relacionados a Planificação da Atenção à Saúde e que se referissem às atividades executadas pelo Conass, entre 2008 a 2019, em diferentes territórios do país.

Além disto, a PAS se aproxima do conceito do planejamento estratégico em sistemas locais de saúde, no qual a administração e a programação das ações são entendidos como uma forma de relacionar diferentes demandas à realidade local contextualizada de forma geográfica e socialmente, permitindo definir prioridades e ações de forma delimitadas por diferentes recursos humanos, físicos e sociais pré existentes (OPAS, 1992). Trata-se do planejamento para ação em ato. A PAS é uma estratégia para alinhar a discussão da saúde, educação e trabalho por meio do campo da educação interprofissional ao integrar diferentes atores, instituições, categorias profissionais e a população. Trata-se da edificação do planejamento estratégico em saúde a partir das ações integradas, nas quais são identificados os pilares principais assim como definidos quais precisarão de mais atenção para garantir que a construção quando finalizada, seja bem utilizada.

No Planejamento Estratégico Situacional (PES) toma-se como base a identificação, seleção e priorização dos problemas atendendo a critérios como valor político, tempo para resultados, recursos a serem utilizados, governabilidade, impacto entre outros, com elaboração de um plano de ação operativo. Para Matus (2007) o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP), é uma das formas de expressão operacional e resumida da lógica teórica e metodológica do PES a nível local. O método é desenvolvido por meio de oficinas de trabalho, com diferentes profissionais da gestão e das unidades de saúde, lideranças e membros da comunidade por meio fóruns pedagógicos que visam construir um produto para identificação e resolução de um problema prioritário a ser trabalhado entre

os intervalos das oficinas (TANCREDI, BARROS, FERREIRA, 2005). Poderíamos localizar as estratégias utilizadas na PAS também como uma destas formas de expressão do PES. Além disto, a educação interprofissional e a formação de recursos humanos por meio do planejamento, incorpora novas tecnologias para saúde pública no aperfeiçoamento da equipe de saúde. Entre os domínios a serem alcançados estão a análise de situações de saúde, vigilância e controle de riscos, promoção da saúde e participação social, política, planejamento, regulação e controle, equidade no acesso e saúde global (OMS, 2010, SUÁREZ, at el. 2013).

A análise do marco teórico metodológico da PAS permitiu identificar as potencialidades e barreiras desta política e se ela contribui com o desenvolvimento de competências para construção de espaços coletivos na APS a partir da educação interprofisional. A PAS já aponta a ordem de qualificação dos processos e os principais problemas a serem enfrentados a partir de estudos e parâmetros assistenciais prévios, desta forma, o que pode variar entre os diferentes cenários seriam a eleição de prioridade a partir da governabilidade, as novas ações necessárias para alcançar os objetivos já definidos, assim como recursos e tempo para alcançar os resultados.

A operacionalização da PAS ocorre por meio da analogia da construção de uma casa no qual, os tijolos seriam os micropoprocessos e, os pilares da edificação os macroprocessos que estabelecem as paredes, o teto, janelas e portas. O conceito foi descrito no livro A Construção Social da APS (CONASS, 2015), que apresenta a figura de uma casa com suas paredes em diferentes cores e seus respectivos componentes, atividades e recursos para implantação, conforme a Figura I (CONASS, 2019).

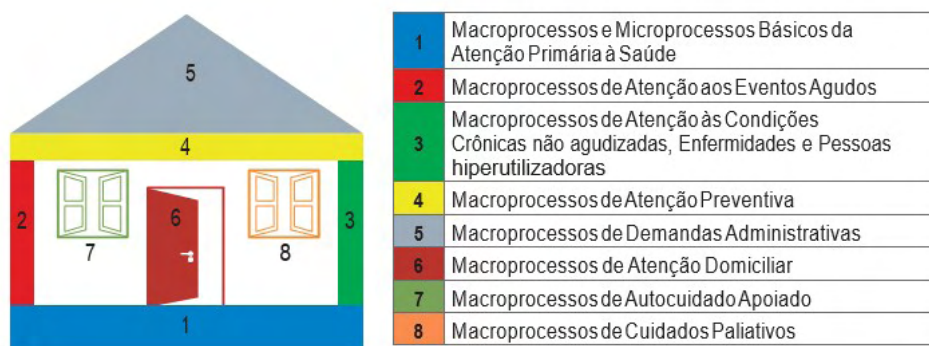



Figura I. A construção social da Atenção Primária à Saúde, CONASS, 2019

As etapas apresentadas na metáfora da casa representam os processos estruturais de macro e microprocessos da APS. Na base da casa estão os macroprocessos básicos, os processos de territorialização, cadastramento das famílias, classificação de riscos familiar, diagnóstico local, estratificação de risco das condições crônicas, programação e

monitoramento por estratos de riscos, agenda e contratualização e; os microprocessos básicos consideram os processos da recepção, acolhimento e prepare, vacinação, curativo, farmácia, coleta de exames, procedimentos terapêuticos, higienização e esterilização e gerenciamento de resíduos. Em uma das paredes da casa estão o Macroprocessos de atenção aos eventos agudos (condições agudas e condições crônicas agudizadas), acolhimento, classificação de risco, atendimento aos eventos agudos de menor gravidade (verde e azul), primeiro atendimento das pessoas com eventos agudos de maior gravidade (amarelo, laranja e vermelho) e encaminhamento, se necessário, para pronto atendimento ou pronto-socorro (CONASS, 2019).

Já na parede oposta, estão os macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, são eles: as pessoas hiperutilizadoras e com enfermidades, gerenciamento das condições crônicas prioritária, estratificação de riscos, elaboração e monitoramento dos planos de cuidado, autocuidado apoiado, gestão de caso, novos formatos da clínica-atenção contínua e atenção compartilhada a grupo, matriciamento entre especialistas e generalistas, educação permanente dos profissionais de saúde- educação em saúde: grupos operativos e educação popular, e mapa de recursos comunitários.

Os macroprocessos de atenção preventiva são o teto da casa, aqueles que dão segurança para o processo de cuidado, e estes, são relativos aos principais fatores de risco proximais e aos fatores individuais biopsicológicos como: programa de atividade física, programa de reeducação alimentar, programa de controle do tabagismo, programa de controle do álcool e outras drogas, programas de rastreamento, vacinação, controle das arboviroses, prevenção primária, secundária, terciária e quaternária; Acima, no telhado, estão os Macroprocessos de demandas administrativas: assistenciais: atestados médicos, renovação de receitas, análise de resultados de exames e relatórios periciais gestão da unidade: registro sanitário, Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), segurança do trabalho, sistemas de informação e relatórios de gestão, prontuário.

A porta representa os Macroprocessos de atenção domiciliar: visita domiciliar, atendimento domiciliar, internação domiciliar; componente importante como reflexo do vínculo com a família, -o abrir a porta de casa para todos estes cuidados anteriores.

E as duas janelas representam respectivamente: 1) Macroprocessos de autocuidado apoiado: ações educacionais e intervenções de apoio voltadas para o conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e o aumento da confiança do usuário no gerenciamento da própria situação de saúde, plano de autocuidado apoiado; 2) Macroprocessos de cuidados paliativos: abordagens para melhoria da qualidade de vida, visando ao conforto do usuário, à prevenção e alívio do sofrimento, à prevenção de agravos e incapacidades, e à promoção da independência e autonomia, ações de suporte familiar mobilização da rede social de suporte. (CONASS, 2019).

Outro ponto importante neste processo, é a governança a partir do Sistema logístico de acesso regulado, ou seja na PAS a regulação que será formativa e territorial, ou

avaliação formativa reguladora como também é conhecida, deve estar sempre presente, a partir das pactuações dos fluxos regulatórios, proveniente da programação da necessidade em saúde (gestão de base populacional), conforme diretrizes clinicas e linha de cuidado da APS para atenção Ambulatorial Especializada. Desta forma, possibilita a qualificação do cuidado a partir da colaboração dos planos de cuidado e da equipe interprofissional que por meio de ferramentas de gestão da qualidade e segurança do paciente, garantem qualidade do acesso ao paciente (MENDES, 2011). Por isso é tão importante o papel das Centrais de Regulação Municipais e Estadual, que ajuda a repensar o movimento das redes de atenção como uma estratégia de produzir interação entre profissionais de saúde e os pontos de atenção de forma integral e responsável (MENDES,2015). A Regulação exercida é realizada pelo método de avaliação formativa reguladora que estabelece uma regulação interativa e integradora estruturando a relação planejamento com base nas necessidades de saúde e perfil epidemiológico da região de saúde, ensino, aprendizagem e a autopercepção avaliativa e de monitoramento. Como consequência deste processo baseada na gestão de base populacional, na APS e na PAS, os fluxos regulatórios iniciam-se ainda no domicilio, com a implantação de instrumentos que permitam as equipes de estratégia de saúde da família, estratificarem os riscos das famílias reconhecendo assim sua população adstrita da área de abrangência e suas subpopulações com condições crônicas de saúde com aplicação de score de priorização clínica. Os usuários de baixo e moderado risco são acompanhados pela atenção primária, os classificados pelo score de alto e muito alto risco necessitam de gerenciamento das condições prioritárias e gestão de caso clínico. Uma vez estratificada o atendimento para essa população de alto e muito alto risco e compartilhada com a atenção ambulatorial especializada, responsável para a efetivação do atendimento dentro da linhas de cuidado instituídas e pactuadas com os gestores municipais, de acordo com o perfil epidemiológico de cada região de saúde, programação das necessidades locais e mediante a regulação formativa por meio de Diretrizes Clinicas. Destarte o fluxo regulatório para o acesso das consultas de compartilhamento inicial da pessoa usuária com perfil estratificado conforme a linhas de cuidado deverá ser disponibilizado a partir das regras de negócio realizadas a partir de construção coletiva e pactuados com os gestores municipais. Cada município tem acesso a sua programação estabelecida por parâmetros de necessidade com na gestão de base territorial e na subpopulação estratificada (MENDES, 2015).

A Organização do acesso integral estabelece o acompanhamento do usuário, permitindo ao ponto de atenção à gestão da condição de saúde, a interconsulta, educação permanente disciplinadora do fluxo de regulação na rede, o manejo clínico adequado a condição de saúde. O plano de cuidados e autocuidado apoiado são novos formatos da clínica, assim como a atenção continuada, atenção compartilhada a grupo, matriciamento entre especialista e generalista (SBIBAE, 2019).

Desta forma, a estrutura operacional da rede precisa ser composta de elementos

como o registro eletrônico em saúde, sistema de acesso regulado por meio de Protocolos clínicos e sistema de informação.

A organização do acesso para a atenção ambulatorial especializada vai partir desta maneira, da mesma lógica de atendimento integral e de qualidade: por equipe multidisciplinar realizando a consulta junto com todos os exames complementares de apoio a diagnostico necessários no mesmo dia, a partir de um planejamento de linha de cuidado estabelecidos com base nas Diretrizes Clínicas. O paciente que necessitar de tecnologia não disponível dentro da atenção ambulatorial especializada (AAE) será compartilhado através do Núcleo Interno de Regulação a outros pontos da rede de referência para o manejo da condição de saúde com a máxima prioridade. E assim, conseguimos entregar com valor e menor tempo o cuidado.

A urgência da pandemia, assim como o contexto de inovação e da saúde 4.0 apontam a necessidade de avançar com novas tecnologias de implantação da APS que valorize ainda mais as práticas colaborativas e interprofissionais para o século XXI. Todo esse processo envolve equipes multiprofissionais, mas cabe destacar o papel do enfermeiro, fundamental dentro dos serviços e no território. O trabalho de enfermagem adquiriu importância historicamente inegável, assumindo papel fundamental no cuidado ao indivíduo no processo de saúde-doença. A assistência ao indivíduo sadio ou doente, à família ou à comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde, configura-se como função essencial da enfermagem. (ALMEIDA, 1997). Entre os instrumentos de trabalho da atividade de cuidar, encontram-se: a observação de enfermagem, o levantamento de dados, o planejamento, a evolução, a avaliação dos pacientes, os sistemas de assistência, os procedimentos técnicos, de comunicação e interação entre pacientes e enfermagem e entre os diversos profissionais. (ALMEIDA, 1997). O enfermeiro planeja, organiza, liderar e controlar o trabalho dos membros da equipe de saúde, e busca utilizar todos os recursos disponíveis para atingir os objetivos, não só as metas propostas, como também aquelas surgidas durante o processo, tendo como pressuposto a realização institucional a serviço da comunidade (FONTINELE,2002). Para avançar na qualificação do estudo interprofissional observou-se a necessidade de algumas abordagens para melhorar o percurso de aprendizagem. Nesse sentido, são muitas as fermentadas e metodologias disponíveis no mercado que podem contribuir com o aprendizado interprofissional e com o bom desempenho do serviço de saúde, auxiliando na organização desses macro e microprocessos, dentre elas o Lean Manufacturing, que é conhecido como Sistema Toyota de Produção (STP) e Produção Enxuta (PE), (OLIVEIRA,2018). Ele se baseia em dois pilares, Just in time (JIT) e automação. O (JIT) significa produzir apenas o necessário, em quantidade necessária e somente quando for necessário. A aplicação desse método consiste em cinco etapas que começam com a identificação do valor. Quando isso é feito, os próximos passos são mapear o fluxo de valor, criar fluxo contínuo, estabelecer a produção puxada e, finalmente, buscar a perfeição. O

objetivo é remover atividades sem valor ao processo (RIBEIRO, 2018)

Já a metodologia Six Sigma é uma metodologia bem disciplinada voltada para a melhoraria de processos por meio da redução da variabilidade (RAVAL, 2017). O Six Sigma tem três abordagens: a primeira é a medida estatística de variação que resulta em 3 ou 4 defeitos por milhões; a segunda define a estratégia de gestão que permite a organização obter custos menores; a terceira, que é uma metodologia de solução de problemas, possibilita a eliminação da causa raiz dos defeitos (GUERRERO, 2019). A metodologia do Six Sigma é muito estruturada e, quando o objetivo é a melhoria de um processo, utiliza um método de cinco etapas, conhecido como DMAIC (definir, medir, analisar, melhorar e controlar) (ALEXANDER, 2019). Como resultado da evolução das metodologias Lean e Six Sigma, foi criada uma metodologia híbrida, o Lean *Six Sigma* (LSS), metodologia que surgiu na década de 1990, combinando os princípios do Lean Manufacturing e as técnicas e ferramentas do Six Sigma. Estas duas metodologias são complementares e tornam-se uma poderosa ferramenta para eliminar desperdícios e variações de processo e melhorar a eficácia da organização (GRUDOWSKI, 2015);

O LSS é uma metodologia para resolução de problemas, orientada a dados, para tratativa das causas raízes a partir da identificação dos desperdícios e fontes de variação dos processos. Quando institucionalizado de forma estratégica, promove a capacitação da força de trabalho, o acompanhamento durante o ciclo do projeto e a entrega de resultados (STRAFACCI, 2019).

A proposta do projeto com a aplicação da metodologia LSS é inovadora e poderia contribuir e muito para a construção social da APS, instrumentalizando as equipes com ferramentas que auxiliem na organização dos macro e microprocessos e na aprendizagem e desenvolvimento com foco na experiência e jornada do paciente no serviço, avaliando seu impacto e a qualificação dos processos de trabalho, na tentativa de corrigir as disparidades dadas pelas configurações do sistema de saúde. Isso se deve por compreender que as estratégias de mapeamento e redesenho dos processos de melhoria têm demonstrado bons resultados na avaliação dos sistemas de saúde, por possibilitar benefícios para as instituições, como a diminuição do retrabalho, do desperdício de materiais e de tempo e ganhos financeiros.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, P.; Antony, J.; Rodgers, B. Lean Six Sigma for small- and médium sized manufacturing enterprises: a systematic review. International Journal of Quality;

ALMEIDA, MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In.: Almeida MCP, Rocha SMM. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p.15-25; 2001. v.2, p.9,219-26;

CONASS, CD 36 – Estudos sobre a Planificação da Atenção à Saúde no Brasil, 2020 [acessado em 07/1-/2021,disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/cd-36-estudos-sobre-a-planificacao-da-atencao-a-saude-no-brasil-2008-a-2019-uma-revisao-de-escopo/];

DIAS, et al. A construção do campo de conhecimento da Saúde Global e Sustentabilidade da Universidade de São Paulo no contexto da América Latina. RBPG 14. 2016;

FONTINELI JK. Administração hospitalar. Goiânia (GO): AB; 2002.p.4-5;

FORTES, PAC; RIBEIRO, H (2014). Saúde Global em tempos de Globalização. Saúde e Sociedade, 23(2): 366-375;

FRANKEL HL, Use of corporate Six Sigma performance-improvement strategies to reduce incidence of catheter-related bloodstream infections in a surgical ICU. MJ. Six Sigma in healthcare delivery. Int J Health Care Qual Assur [Internet]. 2013 [Acessado em 23 setembro 2021] disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2416792;

GILBERTO STRAFACCI,O Lean Seis Sigma é ideal para a aprendizagem, [Acessado em 05 setembro 2021, disponível em:https://setecnet.com.br/home/artigo-o-lean-seis-sigma-e-ideal-para-a-aprendizagem-702010/];

MENDES, CONASS, 2012, O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Acessado em 06 setembro 2021] em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf**;**

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p;

MENDES, V,E, CONASS, 2015 – A Construção Social da Atenção Primária;

MIKAEL, SSE; CASSIANI, SHDB, SILVA, FAM. The PAHO/WHO Regional Network of Interprofessional Health Educacion. Ver. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25:e 2866. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2866. Acesso em: 26 de mar. 2018;

OLIVEIRA, F. S.; MENDES, L. D. S.; COSTA, R. A. Implantação do sistema de produção enxuta em uma indústria de autopeças utilizando a metodologia Lean Manufacturing. In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO DE SERGIPE, 10., São Cristóvão. Anais...UFS, 2018. p. 194-208;

OMS. Asamblea Mundial de la Salud, 50. (2016). Estratégia para el desarrollo de competências del personal de salu em los sistemas de salud basados em la atencion primaria de salud. 2010. Organización Mundial de la Salud. Disponível em: . Acesso em: 02 de abril 2018;

PEDUZZI M, Norman JJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: fomração de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev Esc Enferm. USP 2013; 47 (4): 977-83;

PEDUZZI, Marina. O SUS é interprofissional. Interface. Comunicação Saúde Educação. 2016. 20(56): 199-201;

POZ, Mario Roberto Dal; PORTELA, Gustavo Zoio; FEHN, Amanda Cavada. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. In: Diplomacia em Saúde e Saúde global: perspectivas latino-americanas / organizado por Paulo Marchiori Buss e Sebástian Tobar. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 654 p. 259-280;

RAVAL, S. J.; Kant, R. Study on lean six sigma frameworks: a critical literature review.International Journal of Lean Six Sigma, v.8, n.3, p. 275-334, 2017;

REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM, Planejamento: ferramenta do enfermeiro para a otimização dos serviços de enfermagem, Ana Lúcia de Assis Simões, Giovanna Valim Presotto, Helena Hemiko Iwamoto, Letícia de Araújo Apolinário. Acessado em 07/10/2021 disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/364];

RIBEIRO, A. B. Modelo de implementação de Lean Seis Sigma baseado nos fatores críticos de sucesso para empresas de pequeno e médio porte. Florianópolis, 177 p.,2018, Dissertação (Pós-graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina. Rowley, J.; Slack, F. Conducting a literature review. Management Research News, v.27, n.6, p. 31-39, 2004;

SCHERER, MDA. O trabalho da equipe no programa de saúde da Família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2006;

SIBAE, 2019, Guia Workshop de Abertura, a Planificação da Atenção à Saúde [acessado em 07/10/2021 disponível em https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201907/03130637-guia-workshop-de-abertura-planificasus.pdf];

SUÁREZ, Conejeto J; et al. Competencias esenciales em salud publica: um marco regional para las américas. Rev Panam Salud Publica, 2013; 34 (1) 47-5;

CAPÍTULO 4

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Data de aceite: 10/01/2022
Data de submissão: 08/10/2021

Mariana Xavier Gomes
Especialista em Saúde da Família e Auditoria em Saúde, Unyleya
Brasília, Brasil
https://orcid.org/0000-0002-3956-0764

Renato Barbosa Japiassu
Mestrando em Medicina Translacional, Unifesp
São Paulo, Brasil
http://orcid.org/0000-0001-6491-3253

Márcia Mello Costa De Liberal
Professora Associada, Departamento de Medicina, Escola Paulista de Medicina, Unifesp
São Paulo, Brasil
http://orcid.org/0000-0002-2589-1802

Chennyfer Dobbins Abi Rached
Professora Doutora, Departamento de Orientação Profissional, Escola de Enfermagem, USP
São Paulo, Brasil
http://orcid.org/0000-0002-4499-3716

RESUMO: Introdução: a Atenção Primária à Saúde abrange ações, procedimentos de assistência, de prevenção e de promoção à saúde, realizadas nas redes públicas pelas Unidades Básicas de Saúde e pelas equipes de Estratégia da Saúde da Família. Já na rede privada, ficam a cargo da assistência ambulatorial e de consultórios médicos. Objetivo: determinar o papel do enfermeiro dentro da Atenção Primária à Saúde, definindo e descrevendo as suas atribuições nesse contexto, inseridas na Saúde Suplementar e apontando os pilares da Atenção Integral à Saúde. Método: foi realizada uma revisão da literatura, pois a metodologia de trabalho da Saúde Suplementar é muito semelhante à utilizada na saúde pública por ser algo novo em termos de assistência. Porém, ela se molda conforme as necessidades que o serviço e os clientes preconizam. Resultados: cada serviço médico apresenta características próprias e deve ser gerido de acordo com a sua organização. Conclusão: o trabalho da enfermagem dentro da Atenção Primária à Saúde tem muito a ser explorado por ser um campo vasto para esse profissional se desenvolver e se atualizar, considerando o seu crescimento em todo o Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Saúde Suplementar. Enfermagem na Atenção Primaria à Saúde.

NURSE’S ROLE IN PRIMARY HEALTH CARE SUPPLEMENTARY

ABSTRACT: Introduction: Primary Health Care encompasses actions, assistance, prevention and health promotion procedures, carried out in public networks by Basic Health Units and by the Family Health Strategy teams. In the private network, they are in charge of outpatient care and through medical offices. Objective: to determine the role of nurses within Primary Health Care, defining and describing their attributions in this context, inserted in Supplementary Health, and pointing out the pillars of Comprehensive

Health Care. Method: it was realized a literature review because the working methodology of Supplementary Health is very similar to that used in public health as it is something new in terms of care. However, it is molded according to the needs that the service and customers preconize. Results: each medical service has its own characteristics and must be managed according to its organization. Conclusion: the work of nursing within Primary Health Care has a lot to be explored as it is a vast field for this professional to develop and update, considering its growth throughout Brazil.
KEYWORDS: Primary Health Care. Supplementary Health. Nursing in Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto com uma grande abrangência de ações, procedimentos de assistência, prevenção e promoção à saúde, realizadas nas redes públicas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelas equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF), e na rede privada por serviços de assistência ambulatorial e consultórios, onde é um campo que atualmente vem crescendo e se desenvolvendo para que, cada vez mais, tenham profissionais da enfermagem para realizar procedimentos, promover a prevenção e promoção e gerenciar o serviço (FAQUINELLO et al., 2010).

Vale destacar que o modelo curativista deve ser considerado e incentivado mediante o surgimento dos sintomas, praticado pela atenção suplementar, praticamente heterogênico no Sistema de Saúde Brasileiro, em especial, entre as operadoras que comercializam planos e seguros de saúde. Essa prática possui como características, entre outras, a livre demanda e um atendimento voltado para especialidades, resultando em um cuidado centrado que estimula a produção excessiva de procedimentos médicos dentro de um cenário de cuidado fragmentado. Nesse contexto, está o cliente que se apoia na lógica do direito de consumir e muitas vezes não é estimulado a se munir de informações sobre sua saúde para se tornar o sujeito principal, ou seja, autônomo do seu cuidado (BRITO et al., 2018).

A Atenção Primária em Saúde (APS) é um conjunto com uma grande abrangência de ações, procedimentos de assistência, prevenção e promoção à saúde, realizadas nas redes públicas pelas UBS, pelas equipes da ESF, e na Rede Privada por serviço de assistência ambulatorial e consultórios. A Atenção Básica caracteriza-se por ser um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A cultura médica do Brasil, em especial no Sistema de Saúde Suplementar, enfatiza a importância da Medicina de Atenção Primária, reconhecida em nível mundial como a

forma mais efetiva para atender as necessidades básicas de saúde de uma população. No Sistema Suplementar, o que ocorre hoje é que especialistas atendem pacientes em um sistema bastante fragmentado, caro e com custos ascendentes. Ao somar estes fatores elencados à transição epidemiológica e à transição demográfica, o resultado da equação aponta para uma sinistralidade, a saber, um impacto da despesa com eventos de doença em relação à receita, que tende a aumentar muito acima da capacidade de custeio por parte das Operadoras de Planos de Saúde, em decorrência de resultados pouco expressivos (GERSCHMAN, 2008).

Os profissionais da saúde, por sua vez, consideram a doença como fator desencadeante da atenção e do cuidado para com a saúde das pessoas, o que determina a predominância das ações reativas por parte dos sistemas de saúde, estruturados para atender à demanda gerada, em boa parte, espontaneamente e sem qualquer mecanismo de controle. De outra parte, os Beneficiários de Planos de Saúde percebem como valor agregado o acesso à alta complexidade e aos especialistas, em uma clara demonstração de que a cultura está equivocada e necessita mudar urgentemente (LOPES et al. 2008).

Diante desse contexto, um novo modelo para a saúde com base na APS surge como proposta também para o Sistema Suplementar, sendo que já está consolidado na Europa há muitas décadas. Também, reforça o conceito e os princípios como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. O novo modelo articula-se com as modernas práticas de gestão e utiliza a epidemiologia clínica como ferramenta para melhor gerenciamento do risco em saúde (ANDRADE et al., 2009; PAIM, 2019).

Um terço dos enfermeiros, no Brasil, atuam na assistência da APS Pública. Porém, não se pode perder de vista os profissionais e a grande parte da população que utiliza a Rede de Saúde Suplementar, onde as ações de promoção e proteção à saúde são realizadas em consultórios privados, ambulatórios vinculados a planos, convênios e seguros de saúde, sindicatos, associações e organizações filantrópicas, campo este que, atualmente, vem crescendo e se desenvolvendo, oportunizando aos profissionais da enfermagem realização de procedimentos, promoção, prevenção e gerenciamento do cuidado (PAIM, 2019).

A APS é um modelo já utilizado no Sistema Público e Suplementar de saúde no país. Atualmente, em razão da instabilidade da saúde privada, houve a necessidade de uma atualização na forma de prestar assistência a seus usuários, ou seja, mudar o modelo de prestação de serviços no setor propondo, assim, um esquema muito semelhante ao já utilizado pela Rede Pública de APS. Para isso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), empresa que regulamenta as operadoras e planos de saúde privados no território brasileiro, vem desenvolvendo normas para melhorar a satisfação dos usuários e prestadores de serviços. Estas alterações advêm do despertar para a mudança do enfoque exclusivamente assistencial das operadoras de planos de saúde, com ações e serviços para um modelo de atenção que utilize o cuidado integral com centro das ações de saúde (PAIM, 2019; SALVATORI et al., 2012a).

O Sistema Suplementar entende que o usuário deve ser cuidado integralmente. Muitos falam de visão 360 graus e da pessoa no centro de toda a atenção. E, é assim que estão se organizando para que o foco esteja na manutenção da saúde do usuário, com acompanhamento contínuo, buscando-se reduzir riscos e adoecimento com adequada assistência, em caso de doença e reabilitação. Por isso, o foco se volta, neste momento, para a Atenção Integral à Saúde. Assim, abrangem a promoção à saúde e a prevenção em diferentes níveis, que vão desde educar a todos sobre a melhor forma de cuidar da saúde, até o acompanhamento contínuo de um médico e equipe multidisciplinar, em abordagens assistenciais, quando necessário, com base nos princípios da APS e nas melhores evidências técnico-científicas (ANDRADE et al., 2009; PAIM, 2019).

No caso do modelo curativista, que é incentivado a ser aplicado mediante o surgimento dos sintomas, praticado pela Atenção Suplementar, praticamente heterogênico no Sistema de Saúde brasileiro, em especial, entre as operadoras que comercializam planos e seguros de saúde, possui como característica, entre outras, a livre demanda e um atendimento voltado para especialidades, resultando em um cuidado centrado. Já o modelo assistencial, praticado por grande parte da Saúde Suplementar, possui características que apontam para a necessidade de uma mudança, tanto para a saúde financeira das empresas envolvidas, quanto para a saúde dos beneficiários de planos de saúde (BRITO et al., 2018; PAIM, 2019).

Existem estudos que dão conta dos seguintes atributos nos serviços de APS: acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação. Essas características estão diretamente relacionadas ao menor número de internação hospitalar, de consulta a prontos-socorros, de consultas com a mesma queixa/problema, a menor quantidade de solicitações de exames complementares, a maior possibilidade de ações de prevenção e promoção a saúde, maior adesão ao tratamento e maior satisfação dos usuários (LIMA et al., 2018).

Embora o acesso e a acessibilidade frequentemente sejam utilizados como sinônimos, essas palavras possuem significados diferentes, ainda que complementares. A acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. O conceito de acesso traz consigo a ideia de não restringir a entrada nos serviços de saúde, enquanto a acessibilidade diz respeito a oferta de serviços, a capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade pode ser conceituada, então, como a capacidade de o usuário obter cuidados de saúde, sempre que necessitar e de maneira fácil e conveniente (OLIVEIRA et al., 2014).

Esse estudo visa explanar sobre um novo modelo de Assistência de Enfermagem na APS Suplementar, tendo em vista que o modelo atual se torna cada vem mais insustentável, assim como a Rede Pública no país. Frente a tal realidade e tendo em vista ser algo muito recente, os autores sentiram a necessidade de analisar a situação atual do papel do enfermeiro na Atenção Primária Suplementar dentro da saúde privada no país. O estudo é

importante para suscitar as premissas básicas para ajudar a definir e subsidiar o papel do enfermeiro de Atenção Primária na Saúde Privada.

Com base nessa proposta, o objetivo geral deste artigo consiste em promover uma reflexão sobre a importância do papel do enfermeiro na APS na Saúde Suplementar. Para isso, é preciso definir seu conceito, assim como, descrever as atribuições desse profissional na APS dentro da Saúde Suplementar e explicar os pilares da Atenção Integral à Saúde.

2 I METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica, sem definição de critérios para a seleção dos artigos. Os dados foram coletados nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico. Foram utilizados os seguintes descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde Suplementar; Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

As buscas ocorreram no ano de 2020 e foram utilizados como filtro artigos em inglês, português e espanhol; textos disponíveis na íntegra; artigos originais, cartas ao editor, revisão sistemática, revisão integrativa ou notas do editor. Também foram utilizados para a composição deste capítulo, livros e manuais do Ministério da Saúde (MS).

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

As orientações da APS possibilitam o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da Rede de Atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e co-responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. Para tanto, torna-se necessário o estabelecimento de mecanismos que assegurem a acessibilidade e o acolhimento, pressupondo uma lógica de organização e de funcionamento do serviço que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que a procuram, de modo universal e sem diferenciações excludentes (SOPELETE, et al., 2013).

Por isso mesmo, o serviço de saúde deve se organizar para assumir a sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar os danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de Atenção da Rede (SOPELETE, et al., 2013).

Já, na Saúde Suplementar, tem-se uma amostra pequena, uma vez que a realidade ainda não fornece grandes estudos quanto a uma porta de entrada adequada, inchando as emergências, tanto de hospitais quanto de prontos-atendimentos e estimulando a realização de procedimentos fragmentados em especialidades. A adoção desta prática

implica atendimentos desnecessários do ponto de vista clínico, incorrendo em gastos na saúde que poderiam ter sido evitados e em desfechos que não visam, muitas vezes, o custo-efetividade do cuidado (SESTELO et al., 2013).

Como são reguladas pela ANS, as operadoras de planos de saúde não podem dificultar o acesso a qualquer tipo de atendimento, cuja cobertura estiver em contrato. Porém, a agência não impede que as operadoras estabeleçam mecanismos de regulação, desde que sejam previamente informados para ela. A adesão pela escolha das portas de entradas é de livre demanda pelos beneficiários, mas já foram desenvolvidas experiências de APS em algumas operadoras de planos como porta de entrada. Nos casos relatados na literatura, a estratégia tem sido utilizar estruturas parecidas com as ESF, aos moldes do preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) (BARBOSA et al., 2015).

As diretrizes criadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tendem a contemplá-los e, algumas vezes, abrangem em uma única diretriz mais de um atributo da APS. A diretriz II da PNAB englobou os atributos portas de entrada e a longitudinalidade. Portanto, na Saúde Suplementar há obstáculos para a aplicabilidade deste atributo, principalmente nos planos que possuem todas as segmentações liberadas como ambulatorial e hospitalar. Sendo assim, a regulação do acesso é muito mais restrita. Isso significa que o vínculo das pessoas se dá, ao critério dos beneficiários, com diversos especialistas cuja procura ocorre com base na apresentação de sintomas, fragmentando o cuidado tanto no tempo quanto com base nas doenças e procedimentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A integralidade é entendida como uma das diretrizes do SUS que preconiza que a população tenha acesso ao sistema nos diversos níveis de atenção, seja ele primário, secundário ou terciário, preventivo ou curativo, técnico ou político. A integralidade da saúde pode assumir diferentes sentidos: primeiro relacionado a busca do profissional e do serviço, em compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde, que um usuário apresenta; segundo, relacionados à organização dos serviços e práticas de saúde, voltado a articulação entre assistência e práticas de saúde pública, tendo na disciplina de epidemiologia o apoio para apreender necessidades de saúde da população; terceiro, relativo a definição de políticas, representando respostas governamentais a problemas de saúde específicos (PINHO et al., 2007).

A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar. Progressivamente os núcleos de competência profissionais específicas irão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico científica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No que diz respeito ao tratamento e à reabilitação ao eixo temático Garantia de acesso e qualidade assistencial, da Agenda Regulatória 2011/2012 da ANS, discutiu-se e foi elaborado o projeto Definir critérios para análise da suficiência de rede, com o intuito de mapear e de estabelecer critérios de controle tanto à garantia de acesso quanto à suficiência de rede de serviços. É importante salientar a existência de um rol mínimo de procedimentos criado pela ANS, que define o que é de cobertura obrigatória pelas operadoras para os planos contratados após a Lei de Planos de Saúde (Lei 9.656/98) (ANS, 2015).

Para aferir a suficiência da rede e garantir o acesso e integralidade nos atendimentos, deve ser planejada a oferta de serviço, percebendo a necessidade real da população Beneficiária de Plano ou Seguro de Saúde em um determinado território, e não o seu histórico de insuficiência, visto que tal critério se apropria de fatores que podem não ser mais condizentes com a realidade daquela população. Ao estabelecer critérios de avaliação que aferiam a efetiva prestação de serviços e não somente a quantidade de rede prestadora versus população credenciada àquela área de ação, a ANS estabelece que a rede assistencial, para ser bem estruturada, necessita ser planejada e abarcada a garantia de atendimento quando o cliente necessitar (ANS, 2015; MACHADO et al., 2019).

Existem dificuldades em relação ao cumprimento da integralidade do atendimento no mercado privado/suplementar, haja vista a possibilidade, da venda de planos segmentados, como, por exemplo, apenas ambulatorial ou hospitalar, restringindo o acesso aos atendimentos descritos no rol mínimo divulgado pela ANS para os tipos de cobertura assistencial e dificultando, portanto, a completude de determinados tratamentos. Uma das dificuldades para a integralidade da atenção está no formato tradicional de credenciamento e de oferta de assistência por profissional e financiamento por procedimentos (ANS, 2015; SUMAR et al., 2014).

Esse mecanismo dificulta a atuação multiprofissional e o trabalho em equipe, acarretando a sobreposição, não necessariamente articulada, de ações e de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. A continuidade do cuidado ao longo da vida, a partir de uma relação interpessoal intensa e duradoura, deve expressar a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde. Dentre os atributos, todos eles de extrema importância para APS, destaca-se a longitudinalidade, que significa o acompanhamento do usuário/cliente ao longo do tempo pela mesma equipe de saúde (SUMAR et al., 2014).

O enfermeiro, como um dos integrantes da equipe da ESF, é o profissional que apresenta os atributos fundamentais para a prestação de um cuidado longitudinal, pois suas ações se pautam, principalmente, na realização de uma assistência integral a indivíduos e famílias, necessário no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. A longitudinalidade é de fundamental importância para a atuação do enfermeiro na ESF, a qual lhe proporciona melhoria da assistência, pois possibilita ao profissional elaborar um plano de ação mais preciso e eficaz. Além disso, a literatura que aborda esse tema

é escassa, evidenciando a necessidade de mais estudos nesse sentido. É importante também que o enfermeiro perceba o seu trabalho em uma perspectiva duradoura, para que a longitudinalidade ocorra e possa ser aprimorada na realidade da ESF (BARATIERI et al., 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, 2012, com vista à reorganização do modelo assistencial, fundamenta-se uma nova ética social e cultural pela busca da promoção da saúde e da qualidade de vida, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades da população. No cenário da APS, as atividades atribuídas ao enfermeiro da ESF pelo MS envolvem assistência integral ao indivíduo e coletividade. São atribuições específicas, segundo a PNAB, dos enfermeiros das equipes que atuam na Atenção Básica:

> I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
>
> II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
>
> III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
>
> IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
>
> V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
>
> VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
>
> VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
>
> VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
>
> IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A equipe de uma Atenção Básica à Saúde deve ser composta minimamente por médicos, preferencialmente com especialização em medicina da família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliares ou técnicos de enfermagem. Podem ser agregados outros profissionais, como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias. O trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente o acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, a coordenação e a longitudinalidade

do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Já na Saúde Suplementar, por se tratar de um serviço novo, ainda não há nada descrito. Mas tendo como referência a Rede Pública, o enfermeiro permanece o gerenciador do cuidado. Na gestão ou nas práticas assistenciais, educativas e preventivas, no nível de Atenção Básica, o trabalho do enfermeiro é estratégico e indispensável. Em países com Sistema Universal de Saúde, como a Inglaterra, pode-se observar a ampliação da atuação do enfermeiro na APS. No Serviço Nacional de Saúde Inglês (National Health Service-NHS), desde os anos de 1990, vem ocorrendo a ampliação das funções dos profissionais da saúde não-médicos, principalmente as de responsabilidades do enfermeiro, com a transferência gradativa de algumas funções antes exercidas pelos médicos àqueles profissionais (SALVATORI et al., 2012b).

Os enfermeiros da APS passam a atuar no tratamento de paciente com doença de menor gravidade e acompanhamento de condições crônicas, como asma, diabetes e cardiopatias, guiadas por protocolos de cuidados. Em um futuro próximo, a ampliação do papel de enfermeiros mediante formação e regulamentação adequadas, poderia ser uma medida que apoie a consecução do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde, uma vez que, esses profissionais têm formação de nível avançado, bem como habilidades e conhecimentos científicos com base em evidências necessárias para promover a saúde, a prevenção e o controle adequados de doenças transmissíveis e não transmissíveis (GIOVANELLA et al., 2009).

Para alcançar a ampliação do papel dos enfermeiros na APS, é necessário realizar um trabalho coletivo, no qual participem os diversos atores sociais envolvidos nos processos de formação profissional e de Atenção à Saúde, os profissionais de saúde, os governos e as associações profissionais da saúde. Assim, é necessário recomendar ao MS o estabelecimento das condições para alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde com a capacidade, o número e a distribuição dos recursos humanos adequados em enfermagem (GOMES et al., 2019).

O enfermeiro, para prestar um cuidado de qualidade, necessita relacionar os fatores que influenciam o funcionamento da saúde da família, como a cultura, a classe social, a própria família e os profissionais de saúde envolvidos no contexto desse atendimento. A participação e o envolvimento de famílias no cuidado à saúde são cruciais para a prática de enfermagem, pois a família contribui para o bem-estar e para a saúde dos seus membros. A escuta ativa, o conforto e as orientações em saúde oferecidas pelo enfermeiro fortalecem os laços entre a equipe e as famílias (GOMES et al., 2019).

Buscando a integralidade da atenção, a enfermagem vem ampliando o seu espaço na área da saúde, tanto no contexto nacional quanto internacional. Nos países mais desenvolvidos, os enfermeiros têm desempenhado um papel de extrema importância na APS, evidenciado pelo desenvolvimento de políticas de saúde nas quais esses profissionais colaboram significativamente na prestação de cuidados nessa esfera de atenção. No âmbito

da Atenção Básica, a enfermagem vem reorientando as suas ações para contemplar as necessidades de saúde dos usuários, não se limitando apenas à racionalidade médico-curativa (GOMES et al., 2019).

Na ESF, o trabalho do enfermeiro tem sido objeto de estudo, com o intuito de acompanhar a prática deste profissional, principalmente no que se refere à influência de seu trabalho no processo saúde-doença domiciliares realizadas pelo enfermeiro. Esse atendimento está previsto pela ESF como um importante instrumento do processo de trabalho, pois propicia uma maior aproximação dos profissionais de saúde com a realidade, sendo uma chance oportuna para evidenciar as necessidades básicas de cada indivíduo e planejar uma ação de cuidado individualizado (BACKES et al., 2012; FIGUEIREDO NETTO et al., 2020).

No Brasil, o papel de cuidar está intimamente ligado à autonomia que vai sendo diminuída com a progressiva aproximação do profissional ao trabalho burocrático. Especificamente sobre a saúde pública, a autonomia do enfermeiro torna-se mais expressiva por meio do atendimento à população nas consultas de enfermagem e nas atividades de reeducação em saúde no âmbito individual e coletivo. Nesta perspectiva, o enfermeiro, atualmente, precisa delinear cada vez mais e melhor o seu campo de atuação profissional (BACKES et al., 2012; FIGUEIREDO NETTO et al., 2020).

Na gestão e/ou na execução das práticas assistenciais, educativas e preventivas, no nível da Atenção Básica, o trabalho do enfermeiro é estratégico e indispensável, sendo assegurada sua inserção nas equipes e nos territórios por meio dos marcos programáticos e legais do SUS. Não obstante, os aspectos positivos, advindos da reorientação do modelo assistencial, aos requisitos sócio-ocupacionais nesse espaço de intervenção são complexos e provocam dilemas e questões éticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas no interior da própria profissão, uma vez que, a demanda cotidiana ainda reflete a predominância do modelo biomédico, em que o cuidado se dá mais por meio de medidas e de procedimentos técnicos e diagnósticos terapêuticos, geralmente em ambiente hospitalar (SILVA et al., 2020).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi apresentado que a APS é um conjunto com uma grande abrangência de ações, procedimentos de assistência, prevenção e promoção à saúde, realizadas nas Redes Públicas pelas UBS, equipe de ESF, e na Rede Privada por serviço de assistência ambulatorial e consultórios. A adoção de atributos e diretrizes da APS nas operadoras da Saúde Suplementar representa um grande avanço na coordenação do cuidado dos clientes do mercado privado em saúde, bem como uma contraproposta ao modelo hegemônico de atenção.

Perante todos os atributos apresentados, verifica-se a capilaridade da estratégia

da APS na Saúde Suplementar, cujos impeditivos são mínimos para sua implementação. Percebe-se, porém, que foi grande a dificuldade de adaptação ao mercado privado desse tipo de atenção, cujos clientes e prestadores de serviço ainda mantêm arraigado o conceito de livre demanda como a melhor forma de consumir o produto que compram, em detrimento da lógica da APS de porta de entrada e coordenação do cuidado que consideram como produtos.

Assim sendo, o objetivo da Rede Privada se iguala ao da Rede Pública, que utiliza quatro pilares-atributos essenciais: longitudinalidade, integralidade, acessibilidade, coordenação do cuidado para melhor assistência e acompanhamento de seus clientes/ pacientes. A adesão de clientes a produtos que possuam a APS como lógica de acesso possibilita o vínculo e o seu fortalecimento, auxiliando na mudança do modelo assistencial hegemônico atual.

Na gestão e/ou na execução das práticas assistenciais, educativas e preventivas, em nível de Atenção Básica, o trabalho do enfermeiro é estratégico e indispensável, sendo assegurada a sua inserção nas equipes e nos territórios por meio dos marcos programáticos e legais do SUS. Já a metodologia de trabalho da Saúde Suplementar é muito semelhante a utilizada na Saúde Pública por ser algo novo. Porém, ela se molda conforme as necessidades que o serviço e os clientes preconizam.

Sendo assim, o trabalho da enfermagem dentro da APS Suplementar tem muito a ser estudado, conquistado e explorado, tratando-se de um campo muito rico para o profissional buscar desenvolvimento e atualização, pois, com o passar dos anos, ele vem se ampliando e se firmando cada vez mais no atendimento à saúde em nível nacional.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Rede assistencial e garantia de acesso na Saúde Suplementar. 2015. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/rede_completo_digital.pdf. Acesso em: 07 out. 2021.

ANDRADE, M. V.; MAIA, A. C. Diferenciais de utilização do cuidado de saúde no sistema suplementar brasileiro. **Estudo Economia**, v. 39, n. 1, p. 07-38, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-41612009000100001. Acesso em: 07 out. 2021.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 802-810, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400020. Acesso em: 07 out. 2021.

BARBOSA, M. L.; CELINO, S. D. M.; COSTA, G. M. C. A Estratégia de Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 55, p. 1101-1108, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1179. Acesso em: 07 out. 2021.

BECKES, D. S.; BACKES, M. S.; ERDMANN, A. L.; et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde; da saúde comunitária à Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100024. Acesso em: 07 out. 2021.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. O trabalho na Estratégia de Saúde da Família e a persistência das práticas curativistas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 975-995, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00164. Acesso em: 07 out. 2021.

FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto Contexto – Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 736-744, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400017. Acesso em: 07 out. 2021.

FIGUEIREDO NETTO, M. T.; BORGES, N. S.; MARTINS, L. M. Reflexões sobre o papel do enfermeiro líder/gestor da ESF. **Múltiplos Acessos**, v. 5, n. 2, p. 206-217, 2021. Disponível em: http://www.multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/170. Acesso em: 07 out. 2021.

GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1441-1451, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500010. Acesso em: 07 out. 2021.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; et al (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 575-625.

GOMES, J. B.; FREITAS, I. F. O papel do (a) enfermeiro (a) na Atenção Básica de Saúde. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 3, n. 1, p. 121-145, 2019. Disponível em: http://revista.domalberto.edu.br/index.php/revistadesaudedomalberto/article/view/417. Acesso em: 07 out. 2021.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 42, spe 1, p. 52-66, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104. Acesso em: 07 out. 2021.

LOPES, M. C. L.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S.; et al. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, 198-211, 2008. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm. Acesso em: 07 out. 2021.

MACHADO, H. S. V.; MELO, E. A.; PAULA, L. G. N. Medicina de família e comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. **Caderno Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. 01-05, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00068419. Acesso em: 07 out. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf. Acesso em: 07 out. 2021.

OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. A.; SILVA, L. M. S.; et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018. Acesso em: 07 out. 2021.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ensaio: Saúde Debate**, v. 43, spe 5, p. 15-28, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502. Acesso em: 07 out. 2021.

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P.; SAEKI, T.; et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 835-846, 2007. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm. Acesso em: 07 out. 2021.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. A Agência Nacional de Saúde e a política de saúde mental no contexto do sistema suplementar de assistência à saúde: avanços e desafios. **Saúde Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 115-128, 2012a. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wxg6tjxdM3qQJ4X67TgmS7R/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 07 out. 2021.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Organizações & Sociedade**, v. 19, n. 62, p. 471-487, 2012b. Disponível em: https://www.scielo.br/j/osoc/a/YZRSftDwyZRjBnwK8LpKJsn/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 07 out. 2021.

SESTELO, J. A. F.; SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Caderno Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 851-866, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/6ZhqYXCMPVqLFRcTk3HTmWp/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 07 out. 2021.

SILVA, B. A. G.; CASTRO, T. M. S.; VENTURI, K. Gerenciamento do enfermeiro em e-saúde e a articulação dos princípios da Atenção Primária em Saúde e Saúde Suplementar: relato de experiência durante o início da pandemia de COVID-19. **Saúde Coletiva**, v. 10, n. 53, p. 2348-2355, 2020. Disponível em: http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/559. Acesso em: 07 out. 2021.

SOPELETE, M. C.; BISCARDE, D. G. S. Acesso aos serviços de saúde na realidade brasileira: sugestões para superação de alguns desafios. **Revista Encontro de Pesquisa em Educação**, v. 1, n. 1, p. 140-153, 2013. Disponível em: http://revistas.uniube.br/index.php/anais/article/view/705/1002. Acesso em: 07 out. 2021.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 202-2012, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.14295/jmphc.v5i2.217. Acesso em: 07 out. 2021.

CAPÍTULO 5

A NEUROCIÊNCIA COGNITIVA COMO FERRAMENTA PEDAGÓGICA PARA O APRENDIZADO FARMACOLÓGICO EM EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

Data de aceite: 10/01/2022

José Ribeiro Dos Santos
Mestre em educação, especialista em Urgência e Emergência com ênfase em APH. Especialização em docência do Ensino Superior. Bacharel em Enfermagem e licenciatura em biologia. Professor do Grupo Educacional Sequencial
http://lattes.cnpq.br/5335619199292486

Graziela Monteiro Dias
Especialista em Urgência e Emergência. (cursando). Bacharel em Enfermagem. Professora do Grupo Educacional Sequencial
http://lattes.cnpq.br/3042456782303377

Fábio Soares da Silva
Especialista em Enfermagem do Trabalho. Bacharel em Enfermagem. Professor do Grupo Educacional Sequencial
http://lattes.cnpq.br/2655598995492279

Dorival Rosendo Máximo
Mestrando em Educação. Bacharel em Direito, Licenciatura em Geografia. Professor da Escola Eunice Marques Moura
http://lattes.cnpq.br/1551288313097757

Roseli de Sousa
Bacharel em Enfermagem. Enfermeira da SAS SECONCI
http://lattes.cnpq.br/5821564852607126

Rafael Ribeiro de Souza
Especialista em Docência do Ensino Superior. (cursando). Bacharel em Enfermagem. Professor do Grupo Educacional Sequencial
http://lattes.cnpq.br/4155666966445315

RESUMO: A neurociência da aprendizagem uma nova abordagem para velhos paradigmas: farmacologia o temor da grande maioria dos alunos do curso de enfermagem, seja do nível básico, técnico ou da graduação, a enfermagem tem um papel extremamente importante na preparação e administração de medicamentos e é exatamente por isso que a disciplina de farmacologia se torna tão temida pelos aspirantes. Objetivo investigar através da literatura as principais barreias que limita a compreensão do aluno aos cálculos farmacológicos. Metodologia: revisão integrativa de literatura. Conclusão: por se tratar de uma abordagem relativamente nova e pouco explorada de antemão, concluímos que as principais barreiras para o aprendizado de cálculos farmacológicos: déficit em matemática, fatores socioeconômicos, medo da falta de articulação entre teoria e prática.

PALAVRAS-CHAVE: Neurociência cognitiva, Enfermagem, Farmacologia.

ABSTRACT: The neuro Science of learning a new approach to old paradigms: pharmacology the fear of the vast majority of nursing students, whether at the basic, technical or undergraduate level, nursing has an extremely important role in the preparation and administration of medications and it is exactly That's why the discipline of pharmacology becomes so feared by aspirants. Objective to investigate through the literature the main barriers that limit the student's understanding to pharmacological calculations. Methodology: integrative literature review. Conclusion: as this is a relatively new approach and little explored beforehand, we conclude that the main barriers

to learning pharmacological calculations: deficit in mathematics, socioeconomic factors, fear of the lack of articulation between theory and practice.
KEYWORDS: Cognitive neuroscience, Nursing, Pharmacology.

RESUMEN: La neurociencia de aprender un nuevo acercamiento a los viejos paradigmas: la farmacología el miedo de la gran mayoría de los estudiantes de enfermería, ya sea a nivel básico, técnico o de pregrado, la enfermería tiene un papel sumamente importante en la preparación y administración de medicamentos y es exactamente eso. por qué la disciplina de la farmacología llega a ser tan temida por los aspirantes. Objetivo investigar a través de la literatura las principales barreras que limitan la comprensión del alumno de los cálculos farmacológicos. Metodología: revisión integradora de la literatura. Conclusión: al tratarse de un enfoque relativamente nuevo y poco explorado de antemano, se concluye que las principales barreras para el aprendizaje de los cálculos farmacológicos: déficit en matemáticas, factores socioeconómicos, miedo a la falta de articulación entre teoría y práctica.
PALABRAS CLAVE: Neurociencia cognitiva, Enfermería, Farmacología.

INTRODUÇÃO

Quando se discute educação, aprendizagem e formação, colocam-se em questão os processos neurais, redes que se estabelecem; neurônios que se ligam e como fazem novas sinapses, a neurociência é conceituada como uma área que estuda o sistema nervoso central (SNC) e suas ações no corpo humano. Neurociência da aprendizagem, em termos gerais, é o estudo de como o cérebro aprende é o entendimento de como as redes neurais são estabelecidas no momento da aprendizagem, bem como de que maneira os estímulos chegam ao cérebro, da forma como as memórias se consolidam. (LIBERATO e SILVA, 2015).

Dentre as ações em saúde que podem desencadear danos ao paciente, destacam-se aquelas relacionadas ao uso de medicamentos. A terapêutica farmacológica é um dos recursos muito utilizado pelos profissionais de enfermagem, que possuem um papel muito importante para a realização de ações preventivas para a interceptação de erros decorrentes do uso de medicamentos. (Tonhom et al, 2018, p 515).

Para entender a aprendizagem, pesquisadores da área da psicologia cognitiva se valiam dos significados pautados nas evidencias indiretas, sabe-se que na educação, a Neurociência busca entender como o cérebro aprende e como o mesmo se comporta no processo de aprendizagem, são definidos métodos para identificar como os estímulos do aprendizado podem chegar neste órgão central. (SOUSA e ALVES, 2017).

Como docentes observamos que a disciplina de farmacologia para alguns dos alunos do curso de enfermagem, seja para o curso básico, técnico ou a graduação é um grande temor, muitos alunos acabam desistindo dos seus objetivos devido à falta de familiaridade/finalidade com a disciplina. A indispensabilidade da compreensão do processamento da aprendizagem pelo cérebro individualmente, desperta interesse a

respeito dos conhecimentos neurocientíficos que possam contribuir para a Educação. (SÁ, et al, 2020). A Farmacologia é uma ciência que nasceu em meados do século XIX, e tem como finalidade o estudo dos efeitos de fármacos no funcionamento do organismo do indivíduo.

Pesquisas mostram que nos últimos 25 anos, a Neurociência passou por um desenvolvimento vertiginoso. Uma prova em relação a isso é que a Sociedade Internacional de Neurocientistas (Society for Neuro Science) pulou de 500 associados em 1969 (ano em que foi fundada) para 38 mil membros em mais de 90 países (Dados obtidos em 15 de novembro de 2019). Este é um estimulo para refletirmos a relevância da Neurociência nos processos de aprendizado na educação em enfermagem.

Para que um evento seja armazenado na memória, é preciso que a informação venha permeada de significados e códigos, ou seja, informações associadas a sons, imagens e sentimentos, e que dê um sentido à necessidade e ao desejo da informação se fixar na memória. Essa complexidade é o resultado de mente e corpo unificados e pluralizados em uma união indissolúvel. Essa fusão criou uma nova área, multidisciplinar e interdisciplinar, chamada de Neurociência.

Essa ciência, por se tratar do estudo sobre a maneira de como o ser humano pensa, memoriza e aprende, requer que os novos educadores estejam sempre informados sobre as teorias de ensino e como as novas descobertas na área da neurociência, podem impulsionar o aprendizado. Segundo a professa e pesquisadora Usha Goswani (2004, p.10), "... o estudo da aprendizagem une inevitavelmente a educação e a neurociência".

A neurociência da aprendizagem uma nova abordagem para velhos paradigmas: farmacologia o temor da grande maioria dos alunos do curso de enfermagem, seja do nível básico, técnico ou da graduação, a enfermagem tem um papel extremamente importante na preparação e administração de medicamentos e é exatamente por isso que a disciplina de farmacologia se torna tão temida pelos aspirantes.

É difícil motivar os alunos para que estes tenham interesse em aprender farmacologia devido ao déficit do conhecimento prévio em matemática, por isso, práticas de ensino embasadas em conhecimentos neurocientíficos poderiam contribuir para o contexto escolar e por meio de planejamentos pedagógicos mais eficientes, contextualizando os conteúdos com atividades práticas laboratoriais, com exercícios/ simulados de fixação.

Os processos de aprendizado, e os avanços na área da neuro pedagogia cognitiva, desafiando os educadores a adotar essa nova pratica em seu currículo. Um terreno até agora pouco conhecido, posto que há muito que a ser descoberto em sua complexidade, desde a filosofia grega antiga até a mais moderna tecnologia de mapeamento cerebral, que se propôs a solucionar esse mistério. O cérebro é o órgão mais complexo e admirável do corpo e o seu entendimento é imprescindível para a concepção do ser humano.

Se a Neurociência estuda o cérebro e a pedagogia o aprendizado, sendo o cérebro indispensável e intrínseco nesse processamento, bem como sua recíproca, essa relação

direta se torna óbvia, embora complexa, para se relacionar sob a égide científica, a sociedade atual munida dos avanços tecnológicos quanto ao acesso às informações é imprescindível uma formação adequada que atenda essa nova realidade.

Ao longo do desenvolvimento, o ser humano aprende a andar, falar e identificar rostos familiares. Começa a estudar e passa a escrever e fazer cálculos. Mesmo após a infância, existe uma necessidade natural no indivíduo de continuar adquirindo conhecimento, independente da área que este conhecimento é direcionado.

Considerando as concepções acima, percebe-se a importância do conhecimento por parte dos educadores de como se processa a construção da aprendizagem no cérebro e consequentemente poderão elaborar e aplicar estratégias metodológicas eficientes e eficazes na aprendizagem da disciplina de farmacologia.

Diante do exposto acima se faz necessário investigar e descrever a importância da neurociência para os cursos de enfermagem, o presente estudo visa contribuir e aprofundar os conhecimentos teóricos práticos no processo de aprendizagem farmacológico através do entendimento da neurociência cognitiva. É importante destacar que o interesse pelo tema em questão advém da necessidade de apresentarmos aos docentes a relevância do estudo da neurociência no processo de ensino-aprendizagem dos alunos dos cursos de enfermagem, criando mecanismos para conceituar a aplicabilidade farmacológica destacando sua eficaz contribuição para uma prática pedagógica heterogênea, ao fazer uma relação de como o cérebro se desenvolve e aprende. A principal indagação é: qual ou quais são as principais barreias que limita a compreensão do aluno aos cálculos farmacológicos na disciplina de farmacologia?

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura tendo como embasamento teórico o levantamento dos dados em fontes como: Lilacs, Scielo, Google Acadêmico e livros didáticos. Para a realização da pesquisa deste trabalho foram usados os descritores: Neurociência cognitiva, Enfermagem e farmacologia. Ao utilizar os descritores citados, foram encontrados 29 artigos que estavam disponíveis na integra, desses artigos inicialmente procedeu-se checagem dos títulos e autores e resumos, como o objetivo de separar as publicações repetidas, a seguir foram esmiuçadas todas as publicações encontradas e selecionados os artigos inerentes ao tema abordado. Foram descartados doze artigos por não atender o objetivo do estudo em questão e foram utilizados os demais artigos na composição deste trabalho

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Com a evolução tecnológica é possível observar o funcionamento do cérebro de

maneira não invasiva que permite monitorar o cérebro em funcionamento e observar as diferentes áreas cerebrais. Exemplos dessas atuais evoluções são os mecanismos de formação da memória (neurochips) e exames de Ressonância Magnética Funcional (fMRI), ou neuroimagem. (FERNANDES, et al, 2015)

De acordo com Sprenger, através do entendimento de como funciona o cérebro, é possível um melhor desempenho no exercício da docência. Ela destaca ainda que seja mister para o docente o conhecimento do quanto o cérebro é importante na aquisição do aprendizado, e que quanto mais soubermos sobre neurociência, mais irá facilitar a tomada de decisões que afetam nossos educandos. (Sprenger, 1999, p.vi). Nisto, reside à relevância do estudo de Neurociência para a Psicopedagogia em enfermagem.

No passado se pensava que a língua era um pré-requisito incontestável para o pensamento abstrato e que, sendo assim, um bebê não era capaz de adquirir conhecimento. Até recentemente, não havia como demonstrar o contrário. Com novos métodos de pesquisa foi possível contestar essa visão reducionista da capacidade infantil e encontrar maneiras de propor questões complexas sobre o que os bebês e as crianças sabem/compreendem e podem fazer/executar. (LIBERATO e SILVA, 2015).

A neurociência foi denominada como ciência na década de 70. Desde sua concepção até os dias atuais houve várias mudanças e outras estão surgindo a cada dia, pois é um campo vasto, que perpassa pelas áreas da saúde e da educação. Segundo Relvas, a neurociência é: Um campo de estudo entre a anatomia, biologia, farmacologia, fisiologia, genética, patologia, neurologia, psicologia, psiquiatria, química, radiologia, e os vislumbrados estudos inerentes a educação humana no ensino e na aprendizagem. (RELVAS, 2012 p. 34)

Trata-se de um estudo complexo e abrangente, que visa à interação do homem na sociedade. É uma área que mostra por completo o funcionamento do sistema nervoso, em especial, o cérebro, para que se entenda e conheça as suas estruturas que são compostas de: dois hemisférios, o esquerdo e o direito, e cada hemisfério é dividido em 4 lobos (lobo frontal, parietal, occipital e temporal), cada lobo é responsável por uma área do conhecimento.

Esses lobos são responsáveis pelo reconhecimento e codificação da informação, informações essas que chegam por meio dos neurônios, que realizam transição da informação de uma célula a outra através de impulsos nervosos denominados de sinapses.

De acordo com a teoria Vygotskiana e a neurociência, para uma aprendizagem eficaz é necessária a integração do objeto e material em uma atividade que faça sentido para a criança, ou seja: algo do seu cotidiano envolvendo objetos as quais ela possa perceber.

Para Cunha, (2015, p.64) as sinapses funcionam como uma chave interruptora, que está constantemente na posição "desliga" e que ao receber um impulso nervoso, passa para a posição "liga", permitindo a comunicação entre as células. Dessa forma, compreende-se que as sinapses são importantes para a aprendizagem e, quanto mais informação,

mais conexões sinápticas são criadas, e o cérebro vai se desenvolvendo e criando novas estruturas que auxiliam no processo de apreensão do conhecimento.

Sistema Nervoso Central e Sistema Nervoso Periférico

A característica comum dos organismos vivos é a capacidade de interagir com meio ambiente a partir do qual eles recebem informações de vários tipos, e para os quais o organismo modula respostas adequadas e tende a restaurar as condições iniciais que o sinal de entrada modificou (manutenção da homeostase).

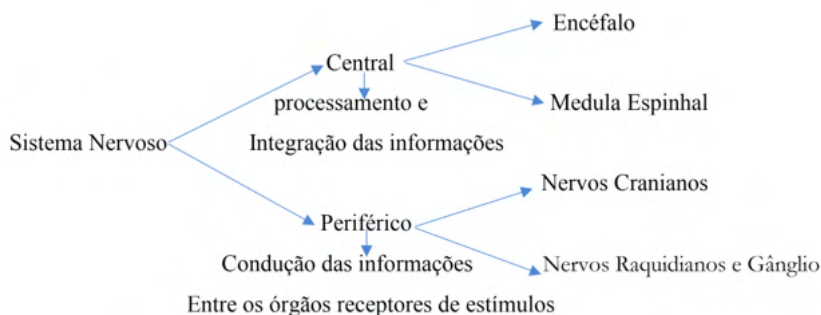
A complexidade organizacional dos organismos multicelulares levou à formação de células especializadas para as funções de processamento do estímulo: os neurônios. Essas células especializadas, juntamente com as células de suporte, formam a sistema nervoso. Elas são capazes de incorporar estímulos recebidos (atividade aferente ou sensível); - Desenvolver respostas adequadas (atividade eferente ou motora).

O Sistema Nervoso é a rede de comunicação e controle do corpo. “O sistema nervoso é a base de nossa capacidade de percebermos, de nos adaptar e de interagirmos com o mundo ao nosso redor” (GAZZANIGA et al., 1995, 2000; GAZZANIGA et al., 1998 apud STERNBERG, 2010, p. 30). O sistema nervoso recebe, processa e responde informações provenientes do meio ambiente (PINKER 1997; RUGGI 1997 apud STERNBERG, 2010, p. 30), através dos sentidos. Ele é constituído por duas partes fundamentais: - Sistema nervoso central (SNC): responsável pelo recebimento e processamento de informações. Ele é formado pelo encéfalo e pela medula espinhal e que se encontram protegidos pelo crânio e coluna vertebral, respectivamente.

Sistema Nervoso Periférico (SNP): responsável por conectar o SNC aos membros e órgãos. Ele é formado por nervos e neurônios que residem ou se estendem para fora dessas cavidades e são constituídos por receptores sensoriais, os gânglios periféricos e numerosos nervos (nervos cranianos e espinhais). O SNC é o comando e o controle do Sistema Nervoso (GAZZANIGA et al., 2006, p. 88). As informações recebidas e enviadas são sinais elétricos que trafegam por meio de redes neurais que são milhares de neurônios que se conectam através das sinapses.

O encéfalo é protegido pelo crânio, e é o principal órgão do SNC. Ele é formado pelo cérebro, tronco encefálico e cerebelo. A medula espinhal, por sua vez, é protegida pela coluna vertebral (MORAES, 2009). A primeira unidade temática, referente ao SN trabalhou os seguintes conteúdos: Divisão do SN em Sistema Nervoso Central (SNC) e Sistema Nervoso Periférico (SNP); Estrutura do neurônio; Sinapse e transmissão de impulsos nervosos; Ato voluntário e ato reflexo; Órgãos que constituem o encéfalo; Divisão do Sistema Nervoso Periférico: somático e autônomo.

Os nervos que levam os impulsos do cérebro ao SNP se denominam eferentes ou motores; os que levam os impulsos cerebrais do SNP ao SNC se chamam aferentes ou sensitivos (BARBADO et al. 2002). Nas figuras a seguir, é possível visualizar a sua

formação anatômico.

As memórias se formam quando um grupo de neurônios reage ao serem ativados. O neurônio "A" recebe um estímulo que provoca que ele acenda eletricamente o neurônio "B". Se o neurônio "A" se acende novamente se estabelece uma conexão. Mais tarde o neurônio "A" pode acender-se só fracamente para acender o neurônio "B". O acendido dos neurônios "A" e "B" pode acender os neurônios vizinhos "C" e "D". Se isso ocorre repetidamente, as quatro células passam a constituir uma rede que se acenderão juntas no futuro formando uma memória (SALAS, 2007, p. 61).

De acordo com FERNANDES, et al, 2015. Relata que a química do estresse ou do medo prejudica ou, mesmo, impede o aprendizado; corpo-memória e corpo-consciência. NA Administração de medicamentos, ainda desperta sentimentos de medo para os estudantes de enfermagem pela consciência das consequências negativas que os medicamentos podem causar em situações de administração equivocada, Pois não é somente a habilidade no procedimento, mas é preciso saber a ação farmacológica do fármaco. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem nas proibições: Art. 30 – Ministrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade dos riscos. COFEN, 2017.

A aprendizagem e a memória são processos intrínsecos na medida em considera-se se foi assimilado aquilo que foi retido, isso é memorizado pelo indivíduo; e apenas é retido aquilo que foi obtido ou assimilado. De acordo com conceito de aprendizagem, subentende-se a memória como requisito de conservação do conteúdo aprendido. É importante compreender como o ensino pode impulsionar o desenvolvimento das competências cognitivas, mediante a formação de conceitos e desenvolvimento do pensamento teórico, como também os meios pelos quais os alunos podem melhorar e potencializar sua aprendizagem

A aprendizagem e a memória são os tópicos que se complementam no mesmo processo coletivo. Se acaso não ocorresse a fixação dos resultados da conduta anterior, cada esforço de aprendizagem resultaria na mesma ação. Os Lobos do Cérebro: O cérebro está dividido em 2 hemisférios, esquerdo e direito, sendo o primeiro dominante em 98%

dos humanos, já que é responsável pelo pensamento lógico e capacidade de comunicação. Cada um dos hemisférios está dividido em quatro lobos: frontal, temporal, parietal e occipital. Os dois lobos occipitais, de cada hemisfério correspondente, encontram-se na parte de trás do cérebro e são responsáveis pela informação visual. Quando os estímulos visuais são transmitidos pelo tálamo, a informação é enviada a esses lobos. Aqui é processado e tem lugar o reconhecimento dos objetos vistos. (SALAS, 2007, p. 48).

Processos básicos da memória os seres humanos constroem e renovam a sua representação do mundo a partir de três processos cognitivos fundamentais: percepção, aprendizagem e memória. Aprender consiste em adquirir conhecimento sobre o mundo através da experiência, e a memória é a retenção e evocação desse conhecimento. A memória tem três funções básicas: ela coleta novas informações, organiza informações para que elas tenham um significado e as recuperam quando precisam se lembrar de algo. A memória de rostos, dados, fatos ou conhecimento consiste em três etapas: codificação, armazenamento e recuperação Codificação: É a transformação dos estímulos em uma representação mental.

O ser humano tem disposição para aprender, na verdade, apenas o que encontra o significado ou a lógica. O ser humano tende a rejeitar o que ele não encontra significado. O único aprendizado autêntico é aprendizado significativo, aprendizado com sentido. Qualquer outra aprendizagem será puramente mecânica, rotativa, circunstancial: aprender para passar num exame, para obter êxito em uma determinada situação.

O aprendizado significativo é uma aprendizagem relacional. O significado é dado pela relação de novos conhecimentos com os conhecimentos prévios, com situações cotidianas, com a própria experiência, com situações reais. Podemos definir a aprendizagem como um processo de mudança relativamente permanente no comportamento de uma pessoa gerada pela experiência.

Em primeiro lugar, aprender envolve uma mudança comportamental ou uma mudança na capacidade comportamental. Em segundo lugar, essa mudança deve ser duradoura ao longo do tempo. Em terceiro lugar, outro critério fundamental é que a aprendizagem ocorre através da prática ou de outras formas de experiência (por exemplo, observando outras pessoas).

Devemos indicar que o termo “conduta” é usado no sentido amplo do termo, evitando qualquer identificação reducionista dele. Portanto, ao se referir ao aprendizado como um processo de mudança comportamental assumiu o fato de que o aprendizado implica aquisição e modificação de conhecimento, estratégias, habilidades, crenças e atitudes, aprender é um subproduto do pensamento, aprendemos a pensar e a qualidade do resultado da aprendizagem é determinada pela qualidade de nossos pensamentos.

O ensino é uma das maneiras de obter a aquisição do conhecimento necessário no processo de aprendizagem. Existem vários processos que sã os realizados quando qualquer pessoa está disposta a aprender. Os alunos que realizam suas atividades realizam

múltiplas operações cognitivas que desenvolvem suas mentes facilmente.

CONCLUSÃO

Conclusão: por ser uma abordagem relativamente nova e pouco explorada de antemão, concluímos que as principais barreias para aprendizagem de cálculos farmacológicos: déficit no domínio de matemática, fator socioeconômico, medo a falta de articulação entre teoria e prática. Alguns autores apontam que a relação das necessidades educacionais na área de farmacologia, foi destacado que o despreparo dos profissionais para uma ação mais efetiva na terapêutica medicamentosa está diretamente relacionado aos exatos desconhecimentos sobre este tema em questão. Espera-se que os preceptores, administradores escolares e todos os envolvidos no interesse pelo processo educativo percebam a relevância da neurociência (NE). Esse estudo é uma contribuição para a compreensão dos processos de aprendizagem sobre tudo na área de farmacologia, esperamos que novas pesquisas sejam realizadas para melhor elucidar a questão.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, AM. FARIA, JCNM. Cruz, VRM. Conceituais no Ensino de Ciências: Construindo Conhecimentos Sobre Sistema Nervoso. Revista Experiências em Ensino de Ciências V.8, No. 3 2013.

BARBADO, J., et al. Aspectos sobre neurobiologia de la conducta humana: Medicina General 2002; 45, p. 500-513, 2002.

BRASIL-COFEN. Parecer de Câmara Técnica, nº 013/20/20215/CTLN/COFEN. Legislação Profissional: “preparo de medicamentos por um profissional de enfermagem e a administração dos medicamentos por outro”. São Paulo, 2017.

Cleonice Terezinha Fernandes, CT. Muniz, CA. -Carvalhal, MIM. Dantas, PMS Possibilidades de aprendizagem: reflexões sobre neurociência do aprendizado, motricidade e dificuldades de aprendizagem em cálculo em escolares entre sete e 12 anos**. Article** • Ciênc. educ. (Bauru) 21 (2) • Apr-Jun 2015.

CUNHA, Claudio da. Introdução à Neurociência. 2º ed. Vol.1. 252p Campinas-SP: Editora Átomo, 2015.

GAZZANIGA, M. S.; METCALFE, J., FUNNELL, M., (1995) Right hemisphere superiority: studies of a split-brain patient. Psychol. Sci., in press

GAZZANIGA, M. S.; IVRY, R. B.; MANGUN, G. R. Neurociência cognitiva - A biologia da mente. 2ª Ed. Porto Alegre, RS: Editora Artmed, 2006.

GOMES, Maria Lúcia de Castro. Metodologia do Ensino de Língua Portuguesa. 195p. 20º Ed. Curitiba-PR: Editora Ibpex, 2007.

GOSWAMI, Usha. (2004). Neuroscience and Education. British Journal of Educational Psychology, 74, 1-14

MORAES, Alberto Parayba Quartim; Pinto, Graziela Costa O livro do cérebro. Vol 1: Funções e anatomia. 74p. Sã o Paulo: Editora Duetto, 2009.

RELVAS, Marta Pires, Fundamentos Biológicos da Educação. pp.49-50, Wak Editora, Rio de Janeiro, 2017.

Sá, AL. Narciso, ALC. Fumiã, HF. Neurociência Cognitiva e Educação: análise sobre a prevalência de neuromitos entre os docentes de Matemática e das demais áreas do conhecimento atuantes na SRE de Carangola-MG. Revista Educação, v. 45, 2020 – Jan./Dez.

SALAS, Raul Ernesto Silva. Educación y Neurociencia. Cómo desarrollar al máximo las potencialidades cerebrales de nuestros educandos. Asunción, PY: Universidad Americana, 2007.

SOUSA, AMOP. ALVES, RRN. A neurociência na formação dos educadores e sua contribuição no processo de aprendizagem. Rev. psicopedag. vol.34 no.105 São Paulo, 2017

SPRENGER, Marilee. Learning and memory: the brain in action. USA, VA: ASCD, 1999.

STENBERG, R. J. Psicologia cognitiva. Traduçã o de LUCHE, A M D e GALMAN, R. 5ª. ed. Norte americana. SÃO PAULO: CENGAGE LEARNING, 2010.

TONHOM, SFR. Pinheiro, OL. Lhamas, LMF. Farmacologia e Enfermagem: Uma experiência envolvendo a aprendizagem significativa.. Revista Atas CIAIQ2018- Investigação Qualitativa em Educação Volume 1

CAPÍTULO 6

ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 10/01/2022

João Felipe Tinto Silva
Enfermeiro. Pós graduando em Estratégia de Saúde da Família e Docência do Ensino Superior pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI)
Vitória – ES
http://lattes.cnpq.br/1402379688346535

Andréa Gomes de Almeida
Enfermeira pelo Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão (UNIFACEMA)
Caxias – MA
http://lattes.cnpq.br/5095397475301446

Joel Junior de Moraes
Enfermeiro no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Unesp e do Complexo Hospitalar Unimed
Botucatu – SP
http://lattes.cnpq.br/5677890721283094

Héverson Batista Ferreira
Enfermagem pela Universidade Potiguar (UnP)
Coicó – RN
http://lattes.cnpq.br/0603926127176842

Emanuel Osvaldo de Sousa
Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Traumato/Ortopédica pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
Teresina - PI
http://lattes.cnpq.br/9005969267255777

Winícius de Carvalho Alves
Enfermeiro do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, HE – UFPEL
Pelotas – RS
http://lattes.cnpq.br/ 3545131024153829

Alex de Souza Silva
Enfermeiro. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar pela CGESP
Goiânia – GO
http://lattes.cnpq.br/9223400691093763

Francisca Kerlania Alves de Carvalho Silva
Enfermagem pelo Centro Universitário INTA-UNINTA
Sobral – CE
http://lattes.cnpq.br/2025247460585507

RESUMO: Objetivo: Relatar as experiências de um grupo de discentes no estágio curricular supervisionado em um hospital geral municipal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir da vivência de cinco discentes durante a realização do estágio obrigatório em um hospital geral no município de Caxias, Maranhão, realizado entre agosto e outubro de 2021. **Resultados e discussão:** Os setores hospitalares que foram vivenciados pelos estagiários no campo foram: Classificação de Risco; Sala de Medicação; Unidade Semi-intensiva; Unidade de Terapia Intensiva e as Clínicas (Médica, Ortopédica e Cirúrgica). A aplicação dos conhecimentos teóricos na prática é totalmente importante para o formando no campo de estágio, pois possibilita

a aquisição de experiência e o desenvolvimento do senso crítico no campo de atuação. É possível ainda vivenciar no estágio supervisionado a rotina dos profissionais enfermeiros como também diversos problemas de saúde apresentados pelos pacientes e os cuidados indispensáveis para a saúde destes. **Considerações finais:** Conclui-se que mesmo diante das dificuldades devido o novo cenário causado pela pandemia, o estágio em enfermagem na unidade hospitalar possibilitou diversas aprendizagens de novas habilidades que influenciam na vida profissional e na promoção do cuidado. Além disso, verifica-se a importância da inserção da enfermagem em ações de saúde e o quanto o estágio possibilita diversas vivências enriquecedoras aos discentes quanto estagiários.
PALAVRAS-CHAVE: Atenção terciária à saúde; Enfermagem prática; Estudantes de enfermagem.

ABSTRACT: Objective: To report the experiences of a group of students in the supervised curricular internship in a municipal general hospital. **Methodology:** This is a descriptive study, of the experience report type, elaborated from the experience of five students during the completion of the mandatory internship in a general hospital in the city of Caxias, Maranhão, carried out between August and October 2021. **Results and discussion:** The hospital sectors that were experienced by the interns in the field were: Risk Classification; Medication Room; Semi-intensive unit; Intensive Care Unit and Clinics (Medical, Orthopedic and Surgical). The application of theoretical knowledge in practice is totally important for the trainee in the internship field, as it enables the acquisition of experience and the development of critical thinking in the field of action. It is also possible to experience, in the supervised internship, the routine of professional nurses as well as various health problems presented by patients and the essential care for their health. **Final considerations:** It is concluded that even in the face of difficulties due to the new scenario caused by the pandemic, the internship in nursing at the hospital unit enabled several learning of new skills that influence professional life and the promotion of care. In addition, it is verified the importance of the insertion of nursing in health actions and the extent to which the internship enables different enriching experiences for students and interns.
KEYWORDS: Tertiary healthcare; Practical nursing; Students nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O Estágio Curricular Supervisionado (ECS) é considerado o momento de aprendizagem essencial para o discente, em virtude de proporcionar não somente uma vasta experiência no âmbito acadêmico, capacitando-o para prestar o cuidado integral à saúde do paciente, como também, por oferecer um amplo crescimento pessoal e profissional. Não devendo restringir apenas aos princípios teóricos, mas também confrontar o conhecimento adquirido pelo aluno as práticas assistenciais em seu ambiente de atuação, através da interdisciplinaridade e a integração entre ensino-serviço-comunidade (SILVA *et al.*, 2013).

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), o currículo de formação do enfermeiro deve dispor tanto dos objetivos teóricos e práticos próprios do curso, quanto, obrigatoriamente, o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados,

ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades, estes que se realizarão nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001).

Nas instituições hospitalares, os profissionais de enfermagem desenvolvem inúmeras tarefas com alto grau de exigências e responsabilidades, além das atividades de gestão, tornando-se fundamental a adesão destes às práticas educativas, em resposta à construção continua do saber e às demandas de serviço, a fim de melhorar o desempenho profissional (SOARES *et al.*, 2016).

O ECS apresenta-se como uma ferramenta de aproximação entre a academia e os serviços, pois pode possibilitar o emprego de conhecimentos, habilidades e atitudes profissionais apreendidos pelo estudante, que neste momento da formação fortalece suas competências inseridas nos processos de trabalho das instituições de saúde. O objetivo é levar o estudante a articular teoria e prática em um processo de formação participativo, permeado pela interlocução entre o ensinar e o aprender nos ambientes de atuação, com a participação ativa de profissionais da área de formação, universidade e comunidade (ESTEVES *et al.*, 2018).

No período de formação profissional os estudantes de enfermagem vivenciam as primeiras práticas curriculares, tanto na atenção básica, como na área hospitalar, entrando em contato com a realidade da saúde brasileira. Posto que a área de saúde lida com complexas situações e necessidades; que exigem do profissional a aplicação de competências clínicas profissionais, cujo desenvolvimento possui ligação intrínseca com o processo educativo, o mundo do trabalho e da vida (ALVES; COGO, 2014).

Nesse sentido, o estágio contribui não somente para a formação teórica prática, mas no desenvolvimento de ações e posturas que o profissional deve ter quando formado, e ainda como proceder em situações que lhe são colocadas no atendimento ao paciente, que não são descritas na teorias, como intercorrências, e também como sua atuação possibilita uma transformação na sociedade e sua contribuição na recuperação ou no cuidado do indivíduo, e ainda no estágio é possível o desenvolvimento do campo profissional que melhor se identifica, buscando assim se especializar nesse campo (PEREIRA; LEITE, 2017).

2 | OBJETIVO

Relatar as experiências de um grupo de discentes no estágio supervisionado obrigatório em um hospital geral municipal, que utilizam a pesquisa como estratégia para o desenvolvimento de competências e habilidades no campo da atenção hospitalar.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, de cunho descritivo-reflexivo, acerca da

vivência de cinco discentes do curso de graduação em enfermagem de um centro universitário privado no munícipio de Caxias, no estado do Maranhão, durante o período de Estágio Curricular Supervisionado, de cunho obrigatório, realizado no Complexo Hospitalar Gentil Filho, localizado na cidade.

A articulação entre a instituição e a Secretária Municipal de Saúde (SMS) permite a realização de práticas e estágios em diferentes níveis de atenção. Em campo de atuação terciária, as atividades ocorrem em um hospital de grande porte e alta complexidade, caracterizando-se como o campo de atuação referentes no presente relato.

A experiência compreendeu o período entre agosto e outubro do ano de 2021, contando com a supervisão indireta da professora da disciplina no campo de estágio, uma vez que esta necessitava também acompanhar a realização de estágio de outros grupos de estagiários.

Este estudo dispensa a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, pois são relatos que emergiram da vivência e memória dos autores, todavia foram respeitados todos os preceitos estabelecidos na Resolução nº 466 de 2012.

4 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caxias é um município localizado na região leste do estado do Maranhão, no Meio-Norte, no Brasil. Possui um clima tropical e conta com 166.159 habitantes, sua área é de 5.150,667 quilômetros quadrados, o que a torna a terceira maior cidade do Maranhão, ficando há 360 km da capital São Luís – MA.

O Complexo Hospitalar Gentil Filho tem uma importância não somente para o município de Caxias, mas para os municípios vizinhos realizados por transferência. Na unidade hospitalar os pacientes são favorecidos com atendimentos de urgência, atendimentos de alta complexidade e UTIs.

No campo hospitalar, a proposta do ECS visou oportunizar aos discentes um cenário de prática, o qual podem ser desenvolvidas competências e habilidades necessárias que os acadêmicos necessitam desenvolver, sejam elas assistenciais, gerenciais, educativas e/ou de investigação.

Para tanto, as discussões foram descritas conforme os setores vivenciados em prática durante a realização do estágio, sendo estes dispostos nas seguintes seções: Classificação de Risco, Sala de Medicação, Unidade Semi-intensiva, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Clínicas (Médica, ortopédica e cirúrgica).

4.1 Classificação de Risco

Para a realização do pronto atendimento aos casos de urgência e emergência faz-se necessária uma triagem minuciosa, a classificação de risco do paciente, sempre baseada em elementos palpáveis e documentáveis. A triagem é um sistema de gerenciamento de risco clínico implantado em todo o mundo para gerenciar fluxo de paciente com segurança

(CUNICO; MAZIEIRO, 2019).

Na triagem é realizada a escuta inicial e a coleta de dados como: nome, peso, altura, pressão arterial, glicemia capilar (quando solicitado), temperatura axilar, frequência cardíaca, oximetria e queixas. Ao sair da consulta com o profissional (médico ou enfermeira), verifica-se qual será o procedimento realizado, se for medicação injetável será levado a sala de procedimentos, caso seja medicação oral deve se dirigir até a farmácia da unidade e será anotado seus dados como: nome, endereço, cartão do SUS, e medicação e quantidade para constar nos registros.

Neste setor da unidade, os estagiários tiveram a oportunidade de aplicar o conhecimento sobre a Classificação de Manchester no atendimento aos pacientes na unidade de saúde, aplicando os critérios de acordo com a necessidade e o estado crítico de saúde de cada paciente. Sendo encaminhado estes ao setor hospitalar de acordo com a necessidade do seu atendimento. Para isso, os estágios realizavam a coleta de dados dos pacientes, como queixas principais, sinais vitais (SSVV) e atendimento imediato quando necessário, em questões de emergência durante a classificação, sendo encaminhado posteriormente ao setor de necessidade de cada paciente.

4.2 Sala de Medicação

Este setor é destinado a pacientes que precisam de medicações, hospitalização e eletrocardiograma. Medicamentos que podem ser administrados via endovenosa, intramuscular, subcutânea, tal como: analgésicos, antibióticos e suplementos vitamínicos. Os procedimentos de rotina do departamento são sempre organizados e uma variedade de métodos são usados para garantir a precisão da preparação, distribuição e anotação dos medicamentos. O paciente é colocado em uma poltrona na sala de medicamentos, verificados os sinais vitais, administrados medicamentos e fornecidas medidas de conforto até que os sintomas de dor se estabilizem ou melhorem. Neste setor, a SAE também é realizada uma vez ao dia em pacientes que ficam internados em leitos, aguardando vaga nas clínicas na unidade.

Fonte, Machado e Pires (2016) relatam que a administração de medicamentos compreende o processo de checagem, diluição, preparação e administração no paciente. A enfermagem atua diretamente na administração de medicamentos, sendo que sua atuação é crucial para evitar erros.

Nesse processo, os estágios puderam acompanhar como é a rotina no setor hospitalar Gentil Filho, que mantém um grande fluxo de pacientes com queixas diversas, principalmente sintomas de algias, febre e sintomas como náuseas.

4.3 Unidade Semi-intensiva

O setor da Semi-Intensiva é destinado a pacientes que exigem cuidados intensos, geralmente em função de uma maior dependência, mas que não necessitam de monitoramento permanente, pois estes apresentam-se mais instabilizados quanto aqueles

que necessitam de suporte intensivo na UTI. A qualificação e o treinamento das equipes de enfermagem, fisioterapia e nutrição levam em conta as necessidades específicas desses pacientes (NEVES *et al.*, 2018).

Durante a permanência dos estagiários neste setor, foi possível acompanhar e realizar alguns procedimentos considerados técnicos, como a realização de sondagem vesical de demora, sondagens nasogástrica e nasoentérica, banho no leito, administração de medicamentos, aferição de sinais vitais e também a realização da SAE diariamente para detecção da evolução do paciente. Neste setor encontra-se também um leito reservado para pacientes mais graves que aguardam vaga na UTI onde são monitorados de forma continua.

Neste setor, os estágios realizaram procedimentos bem mais básicos, segundo conhecimento teórico-prática, pois a insegurança e a ansiedade em lhe dar com pacientes um medianamente crítico provocou sentimentos negativamos quanto a realização de procedimentos mais complexos.

4.4 Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

O trabalho da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é complexo e, como tal, comporta inúmeras necessidades para o desenvolvimento do cuidado. A dinâmica entre os profissionais, a condição crítica dos pacientes e a utilização de inúmeras tecnologias demandam da enfermagem conhecimentos de ordens diversas, potencializando a assistência prestada e maximizando processos efetivos de trabalho e cuidado (SANTOS; CAMELO, 2015).

O enfermeiro dentro da UTI tem diversas funções, que permeiam a coordenação clínica e funcional da unidade, a educação junto à equipe de enfermagem e também voltada para o paciente e seu familiar. Destaca-se, ainda, a função de articular os diversos profissionais envolvidos na assistência a um paciente e, também, articular as informações acerca deste, englobando nesse processo inclusive os setores administrativos do hospital que se preocupam com a conta hospitalar e com os fins financeiros da instituição (VOLPATO *et al.*, 2020).

Neste setor intensivo, foi possível a realização, por parte dos estágios, de procedimentos como: coleta de gasometria arterial, sondagem nasogástrica/orogástrica, sondagem vesical de demora, troca de curativos de acesso venoso central (AVC) dos pacientes, realização da SAE, além da observação de procedimentos realizados exclusivamente pelos enfermeiros e/ou outros profissionais da saúde. Assim, foi possível identificar durante o estágio a complexidade dos cuidados que são prestados aos pacientes críticos na UTI, abrangendo o conhecimento dos estágios quanto a assistência que deve ser realizada de forma cautelosa e humanizada a cada paciente.

Ressaltamos ainda algumas dificuldades quanto a interpretação do ventilador mecânico (VM), tecnologia que se apresentou de forma complexa na atuação em estágio e

que enquanto estagiários não tínhamos conhecimento adequado quanto a VM, tornando-se um dos pontos dificultadores durante o estágio.

4.5 Clínicas/Enfermarias

A composição das enfermarias no Complexo Hospitalar Gentil Filho dispõe de três alas: ALA A (Clínica Ortopédica), ALA B (Clínica Médica) e ALA C (Clínicia cirúrgica).

4.5.1 Clínica Ortopédica

O enfermeiro é um elemento importante na avaliação segura dos pacientes que passam por complicações no pós-operatório de cirurgia ortopédica, dentre estas complicações, destaca-se a dor. As ações de enfermagem no controle da dor passam por constantes avanços, pelo desenvolvimento de técnicas e equipamentos para analgesia; deste fato emergiu a necessidade de atualização permanente dos profissionais (PAULA *et al.*, 2011). Além deste controle, a enfermagem necessita realizar uma avaliação continua e diária dos pacientes que aguardam algum procedimento cirúrgico ortopédico quando os que estão no pós-operatório, com vistas a analisar a evolução dos mesmos.

Nesta ala de enfermaria, os estagiários tiveram a oportunidade de realizar a evolução dos pacientes diariamente e realizar procedimentos técnicos básicos, como troca e realização de curativos, orientações sobre higienização e alimentação, administração medicamentosa, além de evolução e anotações de dados apresentados por estes, dentre outros. Contando com todos os registros de cada paciente e avaliando-os de forma individualizada com vistas a estabelecer intervenções de enfermagem, caso necessário.

4.5.2 Clínica Médica

A clínica médica é um setor hospitalar onde acontece o atendimento integral do indivíduo que se encontra em estado pré ou pós-operatório, sendo neste setor é prestada assistência integral de enfermagem aos pacientes de média complexidade, sendo avaliados deste os sinais vitais, avaliação da FO, curativo, administração de medicamentos, e em seguida, realizado SAE diariamente nos pacientes, sempre anotando intercorrências e possíveis alterações no exame físico dos pacientes, a qual foi bastante vivenciada durante a realização do estágio, proporcionando uma melhor visão dos cuidados que são realizados neste setor hospitalar.

O enfermeiro deve ter habilidades em assistir ao indivíduo internado, em realizar tarefas administrativas e de coordenação em toda equipe de enfermagem, conferindo a competência para supervisionar as atividades desempenhadas por sua equipe de trabalho (SIQUEIRA *et al.*, 2019).

Foi possível analisar também pelos acadêmicos a rotina dos enfermeiros como dos técnicos de enfermagem e a organização dos dados dos pacientes, incluindo prontuários,

sensos, lista de avaliação da SAE e prescrições medicamentosas. Dados estes que são indispensáveis para avaliação da evolução de cada paciente.

4.5.3 Clínica Cirúrgica

Na avaliação do paciente internado é a forma mais precisa e eficaz de diagnosticar, precocemente, aspectos que possam interferir nos resultados do procedimento cirúrgico. Para dar suporte à cirurgia, ao processo anestésico e levantar o prognóstico do paciente, o exame clínico deve ser o mais completo possível através da anamnese, avaliação física e dos resultados de exames pré-operatórios que sempre são recomendados (PARANAGUÁ, 2016).

No setor hospitalar Gentil Filho, na assistência aos pacientes no pré-operatório, os estagiários realizavam o acompanhamento dos pacientes, realizados condutas como orientações acerca do jejum e verificação de SSVV para detectar imediatamente o quadro clínico do paciente. Como após a cirurgia, a condição do paciente precisa ser avaliada, o SSVV registrado, ferida operatória (F.O.) avaliada, a troca de curativo e a limpeza da área. Na clínica, SAE e gerenciamento de medicamentos necessários também são realizados nos pacientes. Neste contexto, os estagiários nesse setor tiverem a oportunidade de realizar tais atividades e por fim, realizar a evolução do paciente, segundo dados coletados no exame físico geral e seguindo preceitos da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) disponibilizada pelos postos de enfermagem dos setores.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o estágio supervisionado é um momento indispensável no processo de formação. Pois neste período o formando consegue assimilar de forma prática o que se aprende na teoria durante o curso de graduação. Nesse momento, estamos diretamente expostos ao nosso próprio futuro, uma forma de atuação profissional, que nos permite adquirir um conhecimento mais profundo de nossas futuras rotinas de trabalho.

Por fim, que mesmo diante das dificuldades devido o novo cenário causado pela pandemia, o estágio em enfermagem no Complexo Hospitalar Gentil Filho possibilitou aprendizagem de novas habilidades que influenciarão na vida profissional dos alunos e na promoção do cuidado. Além disso, verifica-se a importância da inserção da enfermagem em ações de saúde e o quanto o estágio possibilita diversas vivências enriquecedoras aos discentes.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. A. T. D.; COGO, A. L. P. **Percepção de estudantes de enfermagem sobre o processo de aprendizagem em ambiente hospitalar**. Revista Gaúcha Enfermagem, v. 35, n. 1, p. 102-109, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. 2001.

CUNICO, P.; MAZIERO, E**. Implantação do sistema de classificação de risco sul-africano no serviço de urgência e emergência de um hospital quartenário e filantrópico da região de Curitiba**. Revista De Saúde Pública Do Paraná, v. *2*, n. 1, p. 38-45, 2019.

ESTEVES, L. S. F. *et al*. **Supervised internship in undergraduate education in nursing: integrative review**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, suppl 4, p. 1740-1750, 2018.

FORTE, E. C. N.; MACHADO, F. L.; PIRES, D. E. P. **A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa**. Cogitare Enferm. v. 21, esp., p. 1-10, 2016.

NEVES, L. *et al*. **O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crítico crônico internado em unidade de terapia semi-intensiva**. Esc. Anna Nery, v. 22, n. 2, p. 1-8, 2018.

PARANAGUÁ, T. T. B. *et al***. Indicadores de assistência em uma clínica cirúrgica**. Enferm. Global, v. 1, n. 43, p. 239-250, 2016.

PAULA, G. R. *et al*. **Assistência de enfermagem e dor em pacientes ortopédicos na recuperação anestésica, no Brasil**. Revista Dor, v. 12, n. 3 p. 265-269, 2011.

PEREIRA, E. Z.; LEITE, F. H. O. M. **A importância da prática do Estágio Supervisionado no Curso de Graduação em Enfermagem**. Revista de Trabalhos acadêmicos – Universo. Belo Horizonte, v. 1, n.2, 2017.

SANTOS, F. C.; CAMELO, S. H. **O enfermeiro que atua em unidade de terapia intensiva: perfil e capacitação profissional**. Cult. Cuid. 3º Cuatr., v. 1, n. 43, 2015.

SILVA, C. M. V. *et al*. **Sentimentos dos enfermeirandos frente ao estágio curricular: quais as dificuldades e expectativas?**. Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe, v. 1, n.1, p. 51-66, 2013.

SIQUEIRA, L. D. C. *et al*. **Dimensionamento de profissionais de enfermagem da clínica médica de um hospital universitário**. Enferm. FOCO, v. 10, n. 4, p. 35-40, 2019.

SOARES, M. I. *et al*. **Gerenciamento de recursos humanos e sua interface na sistematização da assistência de enfermagem**. Rev Enfermería Global, v. 42, n. 1, p. 353-64, 2016.

VOLPATO, R. *et al*. **O cuidado espiritual realizado pela enfermagem na unidade de terapia intensiva**. Rev. Port. de Enferm. de Saúde Mental, n. 24, p. 51-58, 2020.

CAPÍTULO 7

POSIÇÃO DE PARTO E A REDUÇÃO DO DANO PERINEAL EM MULHERES NO PUERPÉRIO IMEDIATO: REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 10/01/2022
Data de submissão: 01/12/2021

Tânia Estefanía Montesdeoca Díaz
Atenção Primaria de Gran Canaria, Serviço de Urgência
Las Palmas de Gran Canaria, Canarias
https://orcid.org/0000-0002-3345-9462

Maria da Luz Ferreira Barros
Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus. Departamento de Enfermagem
Évora, Portugal
https://orcid.org/0000-0002-5620-0162

Ana Maria Aguiar Frias
Comprehensive Health Research Centre (CHRC) e Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem
http://orcid.org/0000-0002-9038-8576

RESUMO: Nos últimos anos, assistimos a um aumento significativo na aplicação de várias práticas de trabalho para melhorar os resultados de saúde materna e neonatal. **Objetivos:** Rever as evidências atuais sobre a relação da posição do parto e a redução das lesões perineais em mulheres no puerpério imediato. **Métodos:** Revisão bibliográfica rápida baseada em artigos publicados desde 2016. A busca foi realizada nas bases de dados Medline e CINAHL. **Resultados:** Não houve diferenças significativas claras entre as posições na redução do trauma no canal de parto que exigiu sutura. Alguns estudos favorecem a postura ereta, mas outros afirmam que pode aumentar levemente a taxa de hemorragia pós-parto e que pode estar associada a rotura perineal de grau I. No entanto, as evidências dos estudos citados eram de baixa qualidade devido ao tipo de desenho dos estudos incluídos e ao alto risco de sesgo. **Conclusão:** As características clínicas maternas e as preferências de cada mulher devem ser consideradas na escolha da posição materna. São necessários mais estudos com protocolos bem desenhados para determinar os verdadeiros benefícios e riscos, com uma população representativa e descrições operacionais claras da posição de parto e com detalhes suficientes sobre seus métodos e intervenções.

PALAVRAS-CHAVE: Posição de parto, trabalho de parto, trauma perineal, laceração perineal, saúde materna.

BIRTH POSITION AND REDUCTION OF PERINEAL DAMAGE IN WOMEN IN THE IMMEDIATE POSTPARTUM PERIOD: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: In recent years, we have seen a significant increase in the application of various work practices to improve maternal and newborn health outcomes. **Objectives:** To review current evidence on the relationship between position of birth and the reduction of perineal injuries in women in the immediate postpartum period. **Methods:** Rapid literature review based on articles published since 2016. The search was performed in Medline and CINAHL databases. **Results:** There were no clear significant differences between positions in reducing trauma

to the birth canal that required suturing. Some studies favor standing posture, but others claim that it may slightly increase the rate of postpartum hemorrhage and that it may be associated with grade I perineal rupture. However, evidence from the studies cited was of poor quality due to the type of design studies included and the high risk of potencial bias. **Conclusion:** The maternal clinical characteristics and preferences of each woman must be considered when choosing the maternal position. Further studies are needed with well-designed protocols to determine the true benefits and risks, with a representative population and clear operational descriptions of the delivery position and with sufficient detail about their methods and interventions.
KEYWORDS: Birth position, labor, perineal trauma, perineal laceration, maternal health.

1 I INTRODUÇÃO

O parto pode ser considerado, em termos gerais, um acontecimento importante e marcante na vida da mulher. Essa experiência tem efeitos de curto e longo prazo em sua saúde e bem-estar (HEALY; NYMAN; SPENCE; OTTEN; VERHOEVEN, 2020). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o principal resultado para todas as gestantes é ter uma experiência de parto positiva (OMS, 2019).

Em todo o mundo, a maioria dos partos são de mulheres que não apresentam fatores de risco para complicações para elas ou seus bebés; no entanto, esse desafio fisiológico e psicológico é crítico para a sobrevivência materna e neonatal, uma vez que o risco de morbimortalidade pode aumentar consideravelmente se surgirem complicações (MELZACK, 1984; OMS, 2019).

O trauma perineal é resultado do atendimento obstétrico e é definido como a perda da integridade do períneo ou qualquer outro dano na região genital durante o parto e pode ser espontâneo ou decorrente de episiotomia. Essa laceração pode variar do primeiro ao quarto grau e dependendo da gravidade pode aumentar o risco de infeção puerperal (LODGE, HAITH-COOPER, 2016; RODRIGUES et al., 2019). Além disso, pode ser uma experiência muito complicada para a mãe, com consequências de dores frequentes, estresse e dispareunia pós-parto. (DUNN; PAUL; WARE; CORWIN, 2015). Quando as lacerações são em maior grau, podem ter implicações a longo prazo, como incontinência fecal e flatulência, redução da qualidade de vida e depressão. (WILSON; HOMER, 2020).

Há evidências de que as causas e o aumento da incidência de trauma perineal estão relacionados à primiparidade, parto instrumental, etnia, peso do bebê, idade materna e índice de massa corporal (LODGE; HAITH-COOPER, 2016). Da mesma forma, foram encontrados fatores controláveis, como técnicas de parto e diferentes posições de nascimento (PERGIALIOTIS; BELLOS; FANAKI; VRACHNIS; DOUMOUCHTSIS, 2020).

A posição da mãe durante o trabalho de parto é um fator significativo que afeta diretamente a saúde materna e fetal. A mobilidade e as mudanças de posição podem ser usadas como métodos não farmacológicos de alívio da dor. Isso tem um importante componente cultural e, apesar da polêmica entre as posições verticais e mais horizontais,

as mulheres não devem mudar de posição se não quiserem (DELIKTAS; KUKULU, 2018).

Nos últimos anos, tem havido um aumento considerável na aplicação de várias práticas no trabalho de parto que permitem iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorar o processo fisiológico do trabalho de parto a fim de melhorar os resultados para mulheres e crianças (OMS, 2019). No entanto, o impacto da posição materna no trauma perineal permanece controverso.

A assistência ao parto deve garantir à mulher um ambiente seguro com uma prática clínica de qualidade, que procure os melhores resultados e reduza os danos à mãe e ao recém-nascido. A posição materna é um dos cuidados obstétricos em salas de parto e de acordo com a consideração dos direitos maternos o cuidador deve oferecer as opções de posição de parto quando possível e este deve ter evidências para informar mais a mulher sobre a posição adequada às suas características. Nesse sentido, são necessárias evidências atualizadas para propor um plano de cuidado seguro e introduzir um programa materno integral que considere fatores associados à posição de parto para obter melhores resultados intraparto e pós-parto. Face ao exposto definiu-se o seguinte objetivo: Rever as evidências atuais sobre a relação da posição do parto e a redução das lesões perineais em mulheres no puerpério imediato.

2 | MÉTODOS

O presente estudo é uma revisão bibliográfica rápida que resume o estado atual das evidências publicadas em bases de dados científicas. A busca foi realizada nas bases de dados MEDLINE (Pubmed) e CINAHL de 2016 a 2020, e apenas estudos publicados em inglês foram incluídos. Os termos de busca foram desenvolvidos em Medical Subject Headings (MeSH) para Pubmed e adaptados para CINAHL. Os termos da linguagem natural eram: (“maternal position” OR “mother position” OR “delivery position” OR “birthing position” OR “obstetric labour” OR “midwifery assessment” OR “delivery”) AND (“perineal laceration” OR “perineal rupture” OR “perineal trauma” OR “perineal tear” OR “severe perineal tear” OR “episiotomy” OR “obstetric injuries” OR “obstetric perineal tear” OR “anal canal injuries” OR “obstetric anal sphincter injuries” OR “episiotomy”). As listas de referência dos estudos incluídos também foram selecionadas para identificar outros estudos elegíveis. A pesquisa bibliográfica, seleção de estudos e extração de dados dos estudos incluídos foi realizada por 2 revisores. A questão de pesquisa seguiu a metodologia PICO (Tabela1) e é a seguinte: Qual é o estado atual das evidências sobre a relação da posição de parto e a redução do dano perineal em mulheres no puerpério imediato?

PICO Framework	
População	Mulheres no puerperio imediato
Intervenção	Posição de parto
Comparador	Outras posições
Outcome	Dano perineal

Tabela 1. Componentes da Questão de Investigação

Fonte: Elaborado pelos autores

3 I RESULTADOS

O processo de seleção de estudos é descrito na Figura 1. Devido ao vasto número de evidência sobre o assunto, foram incluídas revisões e alguns ensaios clínicos atuais que não foram abrangidos pelas análises selecionadas. Foram incluídos 4 revisões e 6 estudos primários (estudos observacionais e ensaios clínicos).

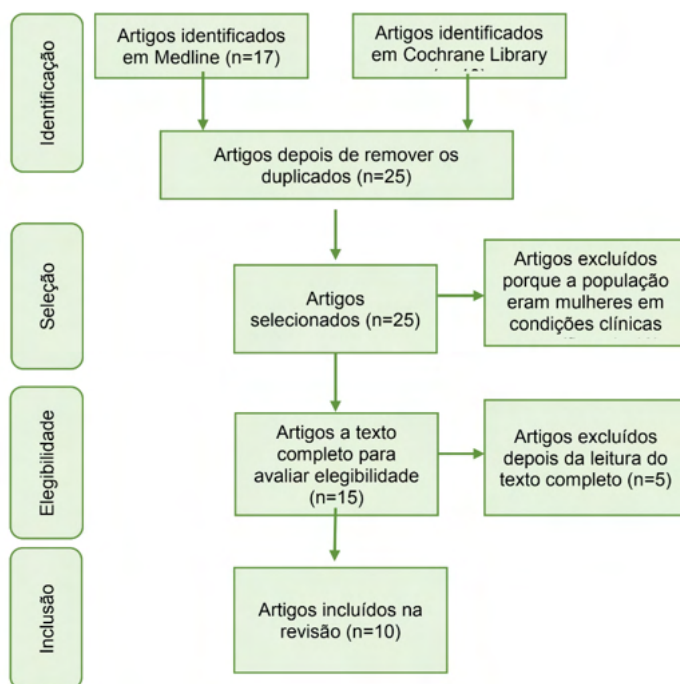



Figura 1. Fluxo de informação das diferentes fases de revisão

Fonte: Elaboração Própria de acordo com o modelo PRISMA (Moher et al., 2009).

A tabela 2 resume as conclusões das revisões selecionadas. Uma das análises sistemáticas concluiu que as posições flexíveis do sacro, tais como estar de pé, ficar com as mãos e os joelhos (em quatro), agachamento, sentar-se na vertical, ajoelhar-se e

posição lateral, na segunda fase do parto, poderia reduzir a incidência de parto cirúrgico, parto vaginal instrumental, cesariana, episiotomia, trauma perineal grave, dor severa e encurtar a duração da fase ativa de puxos na segunda fase do trabalho. No entanto, posições de sacro flexíveis podem aumentar a incidência de um trauma perineal leve e não houve diferenças significativas na satisfação materna (ZANG et al., 2020). Outra revisão sistemática comparando a posição vertical e deitada de costas, em mulheres com analgesia epidural, concluiu que não havia diferenças claras entre estas posições para reduzir o trauma no canal de nascimento que exigia sutura. Além disso, numa meta-análise realizada, foi determinado que o efeito da posição vertical não era significativo no que respeita à continuidade da integridade perineal, mas sim tinha um efeito de redução na incidência da episiotomia. Embora também se tenha verificado que a posição vertical pode aumentar ligeiramente a proporção de hemorragia pós-parto (DELIKTAS; KUKULU, 2018; KIBUKA; THORNTON, 2017).

Por outro lado, verificou-se que a posição de joelhos e a posição de quatro patas durante o parto são mais propensos a manter um períneo intacto, e que o parto em água aumenta o risco de trauma perineal, mas pode manter um períneo intacto para as mulheres multiparas (LODGE; HAITH-COOPER, 2016). No entanto, a evidência dos estudos acima referidos foi de baixa qualidade devido ao tipo de conceção dos estudos incluídos e alto risco de sesgo.

Existem estudos que associam a posição de parto à duração. Um estudo recente afirma que a duração da segunda fase do parto foi reduzida quando a posição da mãe era flexível do sacro (BERTA; LINDGREN; CHRISTENSSON; MEKONNEN; ADEFRIS, 2019), embora a evidência não seja sólida.

Título	Tipo de estudo	Intervenção	Comparação	Principais descobertas
Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis(Zang et al., 2020)	Revisão sistemática e meta-análise	Posição sacra flexível	Posição não flexible do sacro	Intervalos de previsão de 95% mostraram que, na maioria dos ambientes, posições de sacrum flexíveis serão eficazes contra traumatismos perineais graves. Quanto à episiotomia, a intervenção será ineficaz na maioria dos cenários. Estes resultados requerem uma interpretação cuidadosa.

Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia(Kibuka & Thornton, 2017)	Revisão sistemática	Posição vertical: Posição sentada (cadeira/banco obstétrico); ajoelhamento; agachamento (com ou sem barras, ou ajudado com uma almofada de parto).	Posições supinas ou neutras: Posição lateral; dorsal (deitado nas costas); semi-reclinado; litotomía e trendelenburg.	Existem potenciais benefícios para a postura vertical nas mulheres sem anestesia epidural, como a redução das taxas de episiotomía e partos assistidos. No entanto, existe um risco acrescido de perda de sangue superior a 500 ml e pode haver um maior risco de lacerações de segundo grau, embora não possamos ter a certeza disso. Tendo em conta o risco variável de distorção dos ensaios incluídos.
A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia(Deliktas & Kukulu, 2018)	Metanalisis de ensaios clínicos aleatórios e não aleatórios	Posição vertical	Posição deitada	Foi determinado que o efeito da posição vertical não era significativo respeito à continuidade da integridade perineal. O efeito da posição vertical não foi significativo respeito à incidência de lacerações perineais de primeiro, segundo e terceiro grau. A posição vertical pode diminuir ligeiramente a proporção de parto instrumental/episiotomia e aumentar ligeiramente a proporção de hemorragia pós-parto.
The effect of maternal position at birth on perineal trauma: a systematic review (Lodge & Haith-Cooper, 2016)	Revisão sistemática	Posição vertical: Posição de pé; mãos e joelhos; ajoelhamento; agachamento; na água; cadeira de nascimento; posição semi-reclinável.	Posição vertical: Posição de pé; mãos e joelhos; ajoelhamento; agachamento; na água; cadeira de nascimento; posição semi-reclinável.	As posições do joelhos e de quatro patas para dar à luz parecem estar mais intimamente associadas a um períneo intacto em comparação com sentada, agachada e usar um banco de parto. A diminuição das taxas de traumatismo perineal nas posições do joelho e das quatro patas pode dever-se a estas posições geralmente permitem um parto mais lento da cabeça do bebé devido a um impulso menos vigoroso.

Tabela 2. Resumo das características das revisões sistemáticas

O resumo dos resultados dos estudos primários é descrito na tabela 3. Entre os resultados mais relevantes, verificou-se que posições alternativas (mãos e joelhos, laterais, semi-sentados ou agachados) durante a segunda fase do trabalho de parto, duplicaram as hipóteses de manter um períneo intacto, ou seja, posições supinas estão correlacionadas com taxas mais elevadas de episiotomias (RODRIGUES et al., 2019; SERATI et al., 2016). Também foram encontradas, outras características associadas a lacerações perineais,

como mulheres brancas e nulíparas (PEPPE et al., 2018). Além disso, um outro estudo afirma que as mulheres devem ter a opção de ter uma posição deitada na segunda fase até que se prove o contrário (BICK et al., 2017). Além disso, a consideração de partos anteriores, a fase do trabalho de parto e outras características maternas são essenciais para a decisão do tipo de posição (BICK et al., 2017).

Título	País	Tipo de estudo	Intervenção	Comparação	Principais descobertas
Intact Perineum: What are the Predictive Factors in Spontaneous Vaginal Birth?(Rodrigues et al., 2019)	Portugal	Transversal y retrospectivo	Posição de litotomía	Posições alternativas (mãos e joelhos, lado, semi-sentado ou agachamento	Os resultados mostram que as posições alternativas durante a segunda fase do trabalho duplicaram as hipóteses de manter um períneo intacto (OU 2.665; CI 95% 2.022-3.513; p <0.001).
Birthing position and its influence on perineal trauma in primiparous women(O'Connor, 2019)	Australia	Estudo retrospectivo	Posição supina	Posição vertical	A associação das taxas de trauma perineal com o parto em supina ou ereto é incerta. Portanto, deve ser considerada a escolha da posição de parto informada para as mulheres.
Perineal Trauma in a Low-risk Maternity with High Prevalence of Upright Position during the Second Stage of Labor(Peppe et al., 2018)	Brasil	Cohorte retrospectiva	Posição vertical	Litotomía	A posição vertical não foi associada a um trauma perineal grave. Não se observaram diferenças significativas em graves lacerações perineais no grupo da litotomia em comparação com a posição vertical.
Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with low dose epidural: BUMPES randomised controlled trial(Bick et al., 2017)	Reino Unido	Ensaio Clínico Aleatorizado	Posição vertical (ereta)	Posição deitada	Não foram encontradas diferenças significativas entre as duas posições em relação à prevalência de lesões do esfíncter obstétrico (OASI). No entanto, as mulheres podem mudar a sua posição de parto durante a segunda fase sempre que quisessem, o que poderia incluir alguma sesgo nos resultados.

Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy (Warmink-Perdijk, Koelewijn, de Jonge, van Diem, & Lagro-Janssen, 2016)	Países Bajos	Cohorte prospectiva	Posição decúbito supina	Posição sentada	É incerto que as mulheres em decúbito supino sejam mais propensas a ter uma episiotomia do que numa posição sentada, porque as mulheres de pé são convidadas a ir para a cama se for necessária uma episiotomia.
Position in the second stage of labour and de novo onset of post-partum urinary incontinence (Serati et al., 2016)	Italia	Estudo prospectivo	Posição vertical	Posição supina	As posições verticais no parto estão relacionadas com uma taxa de episiotomia mais baixa e uma taxa mais elevada de lacerações perineais superior ao segundo grau.

Tabela 3. Resumo das características dos estudos primários

4 I DISCUSSÃO

A posição da mãe durante o parto afeta diretamente a saúde materna e fetal. São conhecidas diferentes posições e possibilidades de movimentos das mulheres durante o parto; no entanto, na prática, não se reflete atualmente. É importante prevenir os danos perineais durante o parto porque o seu impacto nos resultados subsequentes da gravidez é elevado.

As análises sistemáticas mais atuais não demonstraram que os melhores resultados na integridade perineal estão intimamente associados à posição do parto. Assim, foi determinado que o efeito da posição vertical não era significativo no que diz respeito à continuidade da integridade perineal (DELIKTAS; KUKULU, 2018). No entanto, outra revisão apoia especificamente a posição do joelho e a de quatro apoios para aumentar as possibilidades dum períneo intacto (LODGE; HAITH-COOPER, 2016), mas outra revisão focada no parto de cócoras, descobriu que não há evidências de que esta posição é benéfica (DOKMAK; MICHALEK; BOULVAIN; DESSEAUVE, 2020).

Por outro lado, numa análise, verificou-se que as mulheres com posições sacrais flexíveis tinham uma maior probabilidade de períneo intacto (ZANG et. aL., 2020). Embora um estudo indique que as taxas mais elevadas de trauma perineal foram observadas na litotomia e agachamento (RODRIGUES et al., 2019); outro estudo retrospetivo descobriu que ambas posições, supina e vertical, havia probabilidades de trauma perineal (O'CONNOR; 2019). Um outro estudo também descobriu que não há associação da posição vertical com graves lacerações perineais, mas sim com as lacerações mais leves (PEPPE, 2018), mas estes resultados não nos permitem ter uma resposta direta. Além disso, na posição

vertical verificou-se que poderia aumentar ligeiramente a proporção de hemorragia pós-parto (DELIKTAS; KUKULU, 2018); no entanto, outro estudo retrospetivo atribui um períneo intacto como resultado de posições alternativas diferente à supina (RODRIGUES et al., 2019).

Não foram encontrados indícios de diferenças entre grupos em posição supina e vertical em termos de incidência ou gravidade da incontinência urinária, incontinência fecal, obstipação, hemorroidas ou dispareunia, bem-estar geral ou qualidade de vida relacionada com a saúde; no entanto, são necessários estudos a mais longo prazo (BICk et al., 2017).

Um dos fatores que não é mencionado em todos os estudos é que as mulheres mudam frequentemente de posição durante o trabalho de parto. Esta pode ser uma escolha própria da mulher, mas também é possível para um profissional de saúde pedir às mulheres de pé para se deitarem quando uma episiotomia é indicada (WARMINK-PERDIJK et al., 2016). Isto pode resultar em aumento do número de mulheres com uma indicação de episiotomia no grupo em decúbito “supina” e, em parte, explicar a taxa mais baixa de episiotomia em posição sentada em comparação com a posição supina.

Ao longo deste estudo, foram encontrados diferentes fatores associados à saúde materna relacionados com a posição de parto para obter melhores resultados; mas também encontramos variabilidade em diferentes contextos, provavelmente num esforço de adaptação às suas próprias culturas e sistemas de saúde.

Este estudo teve algumas limitações, uma vez que os estudos incluídos encontraram variação nas definições de posições de parto. Alguns utilizaram termos mais gerais e outros foram mais específicos, e para efeitos da análise do estudo estas definições foram agrupadas tendo em conta que existem dois grandes grupos de posições: vertical e supina. Além disso, o estudo foi concebido para incluir apenas artigos em inglês, que podem ter excluído evidência noutras línguas que possam ser representativas de conclusões em países onde a língua inglesa não é predominante e, provavelmente, por razões culturais as posições de parto têm algum efeito sobre a saúde materna nestes contextos.

5 | CONCLUSÕES

A prevenção do trauma perineal é essencial, uma vez que têm um efeito a curto e a longo prazo na perceção do parto para as mulheres e na qualidade dos cuidados de saúde. São necessários ensaios adicionais utilizando protocolos bem concebidos para determinar os verdadeiros benefícios e riscos das várias posições de parto. Estes estudos devem ser controlados, com uma população representativa e descrições operacionais claras da posição de parto e com pormenores suficientes sobre os seus métodos e intervenções, a fim de obter melhores evidências não só estatisticamente significativas, mas também clinicamente significativas e sólidas sobre o efeito da posição no parto. Embora os estudos tenham demonstrado alguns benefícios na integridade perineal relacionados com o

parto vertical, a evidência não é concludente e além disso foram encontradas fraquezas metodológicas nos estudos incluídos.

As características clínicas maternas, os fatores de risco e as preferências de cada mulher devem ser consideradas para a escolha da posição materna. As mulheres precisam de tomar decisões informadas com o apoio dos seus prestadores de cuidados de parto sobre a sua posição no parto, como um exercício pleno dos seus direitos de saúde e garantia de cuidados de qualidade.

Por outro lado, as políticas institucionais, e em diferentes níveis de cuidados, devem centrar-se na redução das possibilidades ou na limitação das episiotomias para minimizar o risco de danos perineais graves e investir na implementação de práticas baseadas em evidências que garantam o parto humanizado e com os melhores resultados na saúde geral da mãe e do recém-nascido.

Algumas implicações na prática de enfermagem obstétrica devem ser tidas em conta:1) É essencial que a prática do EESMO se concentre na redução e minimização do trauma perineal; 2) Reconhecer os fatores acima referidos poderia suportar uma gestão espontânea do parto vaginal para ajudar a manter um períneo intacto e prevenir a morbilidade a curto e longo prazo; 3) Podem ser estabelecidos planos preventivos a partir da evidência que ajudem a prevenir lacerações perineais graves; 4) As perceções e a decisão informada das mulheres devem ser tidas em conta para a decisão do tipo de posição no parto; 5) As Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) devem reconhecer a sua posição privilegiada, uma vez que no seu ramo de trabalho desempenham um papel fundamental na informação e educação dos casais, proporcionando assim o apoio necessário durante a experiência de parto para facilitar e garantir o melhor resultado para cada mulher; 6) O rastreio pós-parto a médio e longo prazo pode ser uma intervenção que ajude a recolher informações ao longo do tempo, sobre os efeitos da posição na saúde materna e infantil; 7) São as EESMO que fornecem os cuidados e conhecem de perto as necessidades da mulher em trabalho de parto. Por conseguinte, dispõem de informação em primeira mão para liderar estudos objetivos e estudos específicos futuros para atenuar lacunas nos cuidados maternos.

REFERÊNCIAS

BERTA, M.; LINDGREN, H.; CHRISTENSSON, K.; MEKONNEN, S.; ADEFRIS, M. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: Systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth,** 19(1), 466. 2019. https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0

BICK, D.; BRILEY, A.; BROCKLEHURST, P.; HARDY, P.; JUSZCZAK, E.; LYNCH, L.; WILSON, M. Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with low dose epidural: BUMPES randomised controlled trial. **BMJ (Online),** 359. 2017. https://doi.org/10.1136/bmj.j4471

DELIKTAS, A.; KUKULU, K. A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia. **Journal of Advanced Nursing**, Vol. 74, pp. 263–278. 2018 https://doi.org/10.1111/jan.13447

DOKMAK, F.; MICHALEK, I. M.; BOULVAIN, M.; DESSEAUVE, D. Squatting position in the second stage of labor: A systematic review and meta-analysis. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology,** Vol. 254, pp. 147–152. 2020. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.09.015

DUNN, A. B.; PAUL, S.; WARE, L. Z.; CORWIN, E. J. Perineal Injury During Childbirth Increases Risk of Postpartum Depressive Symptoms and Inflammatory Markers. **Journal of Midwifery and Women's Health,** 60(4), 428–436. 2020 https://doi.org/10.1111/jmwh.12294

HEALY, M.; NYMAN, V.; SPENCE, D.; OTTEN, R. H. J.; VERHOEVEN, C. J. How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review. **PLOS ONE**, 15(7), e0226502. 2020. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226502

KIBUKA, M.; THORNTON, J. G. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Vol. 2017. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008070.pub3

LODGE, F.; HAITH-COOPER, M. The effect of maternal position at birth on perineal trauma: A systematic review. **British Journal of Midwifery,** Vol. 24, pp. 172–180. 2016. https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.3.172

MELZACK, R. The myth of painless childbirth (The John J. Bonica Lecture). Pain, 19(4), 321–337. 1984. https://doi.org/10.1016/0304-3959(84)90079-4

O'Connor, E. Birthing position and its influence on perineal trauma in primiparous women. **Journal of Paediatrics and Child Health**, 55(S1), 125–125. 2019. https://doi.org/10.1111/jpc.14407_26

OMS I Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. (2019). WHO. Retrieved from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/

PEPPE, M. V.; STEFANELLO, J.; INFANTE, B. F.; KOBAYASHI, M. T.; DE OLIVEIRA BARALDI, C.;BRITO, L. G. Perineal trauma in a low-risk maternity with high prevalence of upright position during the second stage of labor. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia,** 40(7), 379–383. (2018). https://doi.org/10.1055/s-0038-1666810

PERGIALIOTIS, V.; BELLOS, I.; FANAKI, M.; VRACHNIS, N.; DOUMOUCHTSIS, S. K. Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology,** Vol. 247, pp. 94–100. 2020. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.02.025

RODRIGUES, S.; SILVA, P.; AGIUS, A.; ROCHA, F.; CASTANHEIRA, R.; GROSS, M.; AGIUS, J. Intact Perineum: What are the Predictive Factors in Spontaneous Vaginal Birth? **Materia Socio Medica**, 31(1), 25. 2019. https://doi.org/10.5455/msm.2019.31.25-30

SERATI, M.; DI DEDDA, M. C.; BOGANI, G.; SORICE, P.; CROMI, A.; UCCELLA, S.; GHEZZI, F. Position in the second stage of labour and de novo onset of post-partum urinary incontinence. **International Urogynecology Journal,** 27(2), 281–286. 2016. https://doi.org/10.1007/s00192-015-2829-z

The Effect of Maternal Position on Maternal, Fetal and Neonatal Outcomes: A...: EBSCOhost. (n.d.). Retrieved October 7, 2020, from http://web.a.ebscohost.com.are.uab.cat/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=39682707-2457-47da-8d6f-7943671e23da%40sessionmgr4007

WARMINK-PERDIJK, W. D.; KOELEWIJN, J. M.; DE JONGE, A.; VAN DIEM, M. T.; LAGRO-JANSSEN, A. L. Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy. **Midwifery**, 34, 1–6. 2016. https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.010

WILSON, A.; HOMER, C. Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology,** Vol. 60, pp. 175–182. 2020. https://doi.org/10.1111/ajo.13127

ZANG, Y.; LU, H.; ZHAO, Y.; HUANG, J.; REN, L.; LI, X. Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Clinical Nursing,** Vol. 29, pp. 3154–3169. 2020. https://doi.org/10.1111/jocn.15376

CAPÍTULO 8

BENEFÍCIOS DO PROGRAMA PRÉ NATAL E DO MÉTODO CANGURU NO CONTEXTO DA SAÚDE DA CRIANÇA

Data de aceite: 10/01/2022
Data de submissão: 24/11/2021

Caroline Fernanda Galdino Montemor
Sociedade Cultural e Educacional de Garça
Garça, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0003-2188-7571

Rodolfo de Oliveira Medeiros
Sociedade Cultural e Educacional de Garça
Garça, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0002-4930-684X

Beatriz Pereira da Silva Oliveira
Sociedade Cultural e Educacional de Garça
Garça, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0002-7432-0643

Danielle Vitória Silva Guesso
Sociedade Cultural e Educacional de Garça
Garça, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0002-8093-9995

Ana Caroline Alves Aguiar
Sociedade Cultural e Educacional de Garça
Garça, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0001-8204-8072

Elza de Fátima Ribeiro Higa
Faculdade de Medicina de Marília
Marília, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0001-5772-9597

Jonas Pedro Barbosa
Sociedade Cultural e Educacional de Garça
Garça, São Paulo, Brasil
ORCID: 0000-0003-4216-3791

RESUMO: **Introdução**. Atualmente, são diversos os estudos voltados para o desenvolvimento de ações que contemplem as necessidades advindas do contexto da saúde da criança. Com finalidades diversas, que percorrem desde o contexto de promoção de saúde e prevenção de doenças, até a redução do índice de mortalidade, essas estratégias figuram como relevantes nos cenários em questão. Considerando as diversas estratégias disponíveis, a ênfase do presente estudo centrou-se no programa de pré-natal e no Método Canguru. **Objetivo**: Identificar evidências literárias que ilustrem os benefícios do programa de pré-natal e do método canguru como opções de cuidado ao recém-nascido. **Método**: Revisão Integrativa da Literatura, realizada a partir das seis etapas que a constitui: Pergunta de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão, categorização, avaliação, interpretação e redação final. As bases de dados utilizadas para as buscas que compõe essa pesquisa foram MEdLINE, LILACS, BDEnf e SciELO. Foram incluídos estudos primários, com ano de publicação entre 2016 e 2021, nos idiomas português, inglês e espanhol, relacionados a temática proposta. **Resultados**: Identificou-se como relevante o Programa de Pré-Natal, principalmente na vertente de promoção de saúde e prevenção de doenças. No caso do Método Canguru para recém-nascidos de baixo peso, evidenciou-se a questão do vínculo materno e do incentivo ao aleitamento materno como fortalezas. **Conclusão**: Dadas as relevâncias para ambas estratégias, vale a reflexão de que futuros estudos acerca da temática proposta nesta pesquisa mostram-se relevantes, além de conscientizar os diferentes

atores envolvidos nesse planejamento, para que se atinja cada vez maior excelência no cuidado da mulher e da criança.
PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Método Mãe Canguru. Prematuridade. Pré-natal.

BENEFITS OF THE PRE NATAL PROGRAM AND THE KANGAROO METHOD IN THE CONTEXT OF CHILDREN'S HEALTH

ABSTRACT: **Introduction**. Currently, there are several studies aimed at the development of actions that address the needs arising from the context of child health. With different purposes, ranging from the context of health promotion and disease prevention, to the reduction of the mortality rate, these strategies figure as relevant in the scenarios in question. Considering the different strategies available, the emphasis of this study was centered on the prenatal program and the Kangaroo Method. **Objective**: To identify literary evidence that illustrates the benefits of the prenatal program and the kangaroo method as newborn care options. **Method**: Integrative Literature Review, based on the six steps that constitute it: Research question, inclusion and exclusion criteria, categorization, evaluation, interpretation and final writing. The databases used for the searches that make up this research were MEdLINE, LILACS, BDEnf and SciELO. Primary studies were included, with year of publication between 2016 and 2021, in Portuguese, English and Spanish, related to the proposed theme. **Results**: The Prenatal Program was identified as relevant, mainly in terms of health /promotion and disease prevention. In the case of the Kangaroo Care Method for low birth weight newborns, the issue of maternal bonding and the encouragement of breastfeeding was highlighted as strengths. **Conclusion**: Given the relevance of both strategies, it is worth reflecting that future studies on the theme proposed in this research are relevant, in addition to raising awareness among the different actors involved in this planning, so that greater excellence is achieved in the care of women and of child.
KEYWORDS: Cesarean section. Risk factors. Nursing. Pregnancy. Health comprehensiveness.

1 | INTRODUÇÃO

Ações voltadas para a saúde da mulher, considerando a amplitude e diversidade dos campos da saúde, tem ganho cada vez mais destaque e espaço entre pesquisadores da contemporaneidade. Os constantes avanços da tecnologia têm ocasionado queda significativa na taxa de mortalidade de mulheres e crianças (IBGE, 2019).

Antigamente, devido à simbologia da mulher e sua representatividade na sociedade, haviam poucas políticas e opções de acesso às mesmas no que diz respeito à saúde. Foi na década de 70 que surgiram os primeiros programas de controle de natalidade, onde os mesmos questionavam a atenção às reais necessidades ou preferências das mulheres, que, a priori, ficavam relegadas em segundo plano. (BRASIL, 2002).

Além disso, tinha-se a ideia de que o processo de nascimento era um processo natural e de caráter privado, permeado de uma simbologia histórica e cultural. Porém, no período pós-renascimento, a Obstetrícia passou a ser vista como uma disciplina, científica

e dominada pelo homem, ganhando assim cada vez mais espaço nas diferentes esferas da sociedade (VELHO, SANTOS, COLLAÇO, 2014).

Em âmbito nacional, as taxas de mortalidade infantil continuam em alta quando comparada aos valores de referência nos países desenvolvidos, apesar de scores de (2008) apontarem para importante redução neste quesito (UNCF, 2009.)

Considerando as diferentes áreas relacionadas à enfermagem, paralelo as necessidades de saúde dos indivíduos como membros de uma sociedade, a Atenção Primária à Saúde (APS) desponta como importante espaço para o cuidado em saúde, utilizando ferramentas capazes de promover saúde e prevenir doenças. Com isso, o Ministério da Saúde estabeleceu estratégias de forma integrada que possibilitou mudanças estruturantes e maiores investimentos que garantiram qualidade na saúde ofertada para a população (HARZHEIM et al., 2020).

A APS, de forma geral, proporciona aos seus usuários serviços diversos, diferentes formas de cuidar da saúde, considerando os diferentes sujeitos envolvidos nesse espaço, com o intuito de proporcionar medidas que favoreçam, ao mesmo tempo, promoção à saúde e prevenção de doenças, além de estratégias de reabilitação (DANTAS, RONCALLI, 2019). Além disso, dispõe de programas que proporcionam medidas de assistência à saúde da mulher, da criança e do idoso, programas para controle de doenças recorrentes como hipertensão e diabetes, ações de pré-natal e puericultura, medidas de cuidado a saúde bucal, programas de imunização, e manejo de doenças de notificação compulsória (RAMOS, SETA, 2019).

Neste contexto, a partir de achados na literatura, é possível demonstrar que bebês pré-maturos são classificados a partir do nascimento abaixo de 37 semanas de gestação, sem levar em conta o peso ao nascer, utilizando os marcadores idade gestacional (IG) do recém-nascido, em casos de prematuro extremo, nos casos de idade gestacional abaixo de 28 semanas, estes são considerados muito prematuro e, a partir do intervalo entre 28 a 31 semanas, prematuro moderado a tardio (WHO, 2018).

Considerando o exposto, o planejamento do cuidado ao neonato pré-termo é essencial para a que se torne possível a manutenção da vida durante e após sua internação. Sendo assim, entre as diversas estratégias disponíveis para qualificar a assistência ao RN, ressalta-se a relevância do método canguru, eixo central da presente pesquisa, como ferramenta de atenção à assistência humanizada ao recém-nascido. (DANIEL; SILVA, 2017). O objetivo desta pesquisa é identificar evidências literárias que ilustrem os benefícios do método canguru e do programa de pré-natal como opções de cuidado ao recém-nascido.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). A revisão integrativa da literatura é considerada um método de pesquisa que se pauta na Prática Baseada em

Evidências (PBE), caracterizada por uma ótica baseada no ensino e no cuidado clínico (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A RIL promove uma síntese dos resultados de pesquisas feitas anteriormente, evidenciando especialmente conclusões do corpus da literatura a respeito de uma determinada temática, possibilitando a compreensão de todos os estudos relacionados à questão central da pesquisa que orienta a busca desta literatura, a partir da perspectiva de reconstrução de um novo conhecimento (CROSSETTI, 2012).

Os dados possibilitam acessos aos excertos disponíveis nas bases de dados relacionados ao problema de pesquisa, através de um processo sistemático de análise e sintetizado da literatura (GANONG, 1987). Possibilita a identificação das lacunas do conhecimento em relação ao problema estudado, a síntese dos achados de estudos selecionados sobre um determinado problema, atrelado ao estado da arte da produção cientifica, com o intuito de qualificar os resultados afim de viabilizar a inserção de estudos que adotam metodologias diferentes (GANONG, 1987). Nesse tocante, a RIL também explicita possíveis necessidades de novos estudos acerca do fenômeno estudado (CROSSETTI, 2012). A RIL é desenvolvida por seis etapas: (1) elaboração da pergunta de pesquisa: Etapa de maior importância da revisão, pois determina quais serão os estudos incluídos, os métodos adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado (GALVÃO, SAWADA, TREVISAN, 2004); (2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão: Estabelece os critérios para busca dos estudos que irão compor a revisão. A busca em base de dados deve ser ampla e diversificada, contemplando a procura em bases eletrônicas, busca manual em periódicos, as referências descritas nos estudos selecionados, o contato com pesquisadores e a utilização de material não-publicado (GALVÃO, SAWADA, TREVISAN, 2004). Os critérios de amostragem devem ter clareza, de modo a garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores da confiabilidade e da fidedignidade dos resultados. De forma geral, a determinação dos critérios deve ser realizada em concordância com a pergunta de pesquisa. (3) coleta dos dados ou definições sobre a busca da literatura (GANONG, 1987); (4) avaliação dos estudos: Esta fase sugere uma abordagem organizada para evidenciar o rigor e as características de cada estudo. A experiência clínica do pesquisador contribui na apuração da validade dos métodos e dos resultados (SILVEIRA, 2005). De forma geral, esta etapa se estrutura a partir de 6 níveis: Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2: evidências encontradas em estudos de cunho individual e com delineamento experimental; Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa (GANONG, 1987); Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas; (5) análise e interpretação dos estudos obtidos: a partir da interpretação e síntese dos resultados, são comparados os dados evidenciados na análise dos artigos selecionados

ao referencial teórico. Com isso, levando em conta a possibilidade de levantamento de possíveis lacunas de conhecimento, é possível elencar prioridades para estudos futuros (URSI, 2005) e (6) apresentação dos resultados: A apresentação da revisão deve ser clara e completa de modo que permita ao leitor avaliar criticamente os resultados. (URSI, 2005; CROSSETTI, 2012; GANONG, 1987).

A pergunta norteadora do presente estudo estruturou-se a partir da estratégia PICo, acrônimo em inglês que se refere às seguintes variáveis: População (P), Fenômenos de interesse (I) e Contexto (Co). Esta ferramenta possui como principal objetivo a relação da pergunta de pesquisa com o objetivo do proposto para o estudo, auxiliando, de forma direta, na busca por estudos primários de alta relevância em base de dados. Sendo assim, a estratégia PICo se estruturou da seguinte forma: P- Puérperas; I- Programa Pré Natal e Método Canguru; Co- Recém-nascidos. Diante disso, a pergunta de pesquisa é: Qual a importância do método canguru e do programa pré-natal no cuidado ao recém-nascido, no âmbito da atenção primária?

Para a seleção dos artigos, realizou-se buscas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEdLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Para a realização das buscas, foram utilizadas as seguintes estratégias: ((“Enfermagem” *AND* “Método Mãe Canguru)) e (“Prematuridade” *AND* “Pré-natal”)). Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: Estudos primários, aplicados entre os anos de 2016 a 2021, disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, português e espanhol. Os critérios de exclusão foram estudos secundários, teses e dissertações. Foi realizada a leitura por pares dos títulos e resumos dos artigos selecionados. O material selecionado para compor esta revisão foi submetido ao *software* gerenciador de bibliografias (*Endnote*), com o objetivo de evitar duplicações. Foi realizada leitura por pares dos títulos e resumos dos artigos selecionados para esta pesquisa. A seguir, a figura 1 ilustra o percurso metodológico para a seleção dos artigos (GALVÃO, PANSANI, HARRAD, 2015):

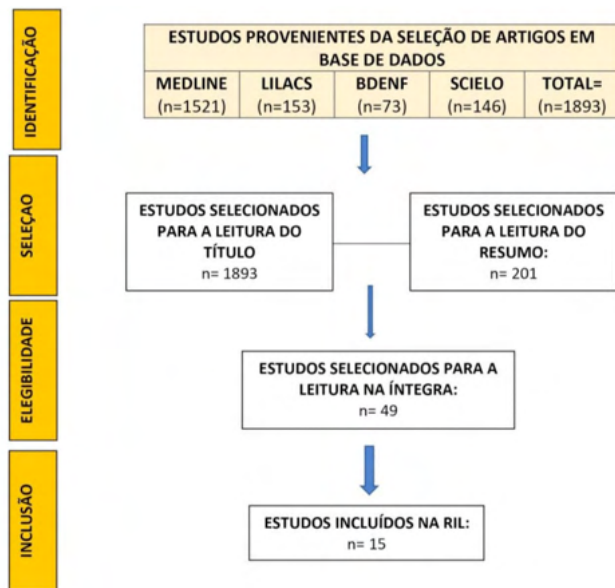



Figura 1: Percurso metodológico para seleção dos artigos

3 | RESULTADOS

A seguir, o quadro 1 apresenta os artigos selecionados para compor a RIL:

Título	Periódico e ano de publicação	Tipo de estudo e grau de evidência
Utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal na atenção primária à saúde: dados do PMAQ-AB	Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2020.	Estudo descritivo (Nível 4)
Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros.	Revista de Enfermagem Referência, 2019.	Estudo qualitativo (Nível 4).
Atendimento de gestantes na atenção primária a saúde pela enfermagem durante a pandemia do SARS-COV-2.	Revista Nursing, 2020.	Estudo descritivo (Nível 4).
Risco de depressão e ansiedade em estudantes de atenção primaria.	Revista Nursing, 2020.	Estudo descritivo (Nível 4).
Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde.	Escola Anna Nery, 2020.	Estudos quase experimentais (Nível 3).
Conhecimento de mães sobre cuidados de recém-nascidos prematuros e aplicação do Método Canguru no domicílio.	Revista Brasileira de Enfermagem, 2020.	Estudo qualitativo (Nível 4).

Construção do apego entre o binômio mãe e bebê pré-termo mediato pelo posicionamento canguru.	Revista de Enfermagem do centro-oeste mineiro, 2020.	Estudo qualitativo (Nível 4).
Cuidados Maternos no método canguru à luz da teoria de Leininger.	Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental, 2019.	Estudo qualitativo (Nível 4).
Fortalecimento do vínculo entre a família e o neonato prematuro.	Revista de Enfermagem UFPE On Line, 2019.	Estudo qualitativo (Nível 4).
Vivência de pais com o método canguru: revisão integrativa.	Revista Rene, 2019.	Relato de caso (Nível 5).
Percepção das Mães sobre a aplicabilidade do método canguru.	Revista de Enfermagem UFPE On Line, 2018.	Estudo qualitativo (Nível 4).
Vivência de Mães de Prematuros no Método Mãe Canguru.	Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental, 2018.	Estudo qualitativo (Nível 4).
Acompanhamento na terceira etapa do método canguru.	Revista Baiana de Saúde Publica, 2018.	Estudo qualitativo (Nível 4).
Humanização dos Cuidados ao Recém-Nascido no Método Canguru: Relato de Experiência.	Revista de Enfermagem UFPE On Line, 2017.	Estudo qualitativo (Nível 4).
Relação da Duração da Posição Canguru e interação mãe-filho pré-termo na alta hospitalar.	Revista Paul Pediatr, 2017.	Quase experimental (Nível 3).

Quadro 1: Artigos selecionados para compor a RIL.

4 I DISCUSSÃO

Durante a etapa de categorização, a partir da pergunta de pesquisa e do objetivo proposto, foram estruturadas duas categorias analíticas: Relevância do Programa Pré-Natal e Importância do Método Canguru em crianças de baixo peso.

Nesta etapa, se faz necessária a reflexão, a partir dos achados na literatura, sobre as diversas as estratégias disponíveis no âmbito da saúde da criança. Neste contexto, é inquestionável a importância e relevância dos serviços disponíveis na Atenção Primária a Saúde. Com isso, vale a reflexão e discussão sobre duas importantes estratégias para assistência ao RN: O programa pré-natal e o método canguru.

4.1 Relevância do Programa pré-natal

Entre as diversas estratégias ofertadas pelos serviços da APS, despontam os programas Pré-Natal, que de forma geral, buscam pela garantia de acessos igualitários, com foco nas medidas de promoção da saúde. O acompanhamento pré-natal, por meio de ações preventivas, tem por objetivo garantir o saudável desenvolvimento da gestação e favorecer o nascimento de um bebê saudável, com preservação de sua saúde e de sua mãe. A realização de um pré-natal qualificado está relacionada à redução de eventos perinatais negativos, como baixo-peso ao nascer e prematuridade, além de significativa redução de riscos obstétricos, como eclampsia, diabetes gestacional e óbitos maternos

(BARROS et al., 2010; BHUTTA et al., 2014).

Os programas de pré-natal buscam assegurar, de maneira geral, o início precoce do acompanhamento, garantia de recursos humanos e materiais, garantia da realização de exames pertinentes à gestação, promover escuta ativa à gestante e conhecer o previamente o serviço de saúde que dará a luz (BRASIL, 2019), além da prevenção de doenças e promoção da saúde, todos ligados a eventuais problemas que surgem no primeiro trimestre de gestação (BRASIL, 2017).

Embora as informações fornecidas pelo profissional da saúde seja relevante, estudos no âmbito nacional têm identificado falha por parte dos profissionais de saúde em oferecer informações relacionadas a orientações sobre a gestação, importância e técnicas para o aleitamento materno, como se preparar para o parto e cuidados básicos com o recém-nascido (AIRES et al., 2016). Neste contexto, um estudo que avaliou a qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil, identificou que apenas 60% das gestantes brasileiras atendidas no SUS receberam todas as orientações preconizadas durante o acompanhamento pré-natal (AIRES et al., 2016). Neste contexto, torna-se evidente a necessidade de reestruturação dos programas de pré-natal oferecidos pela Atenção Primária à Saúde (HARZHEIM et al., 2020).

4.2 Importância do Método Canguru em crianças de baixo peso

Além do Pré-Natal, outras estratégias mostram-se relevantes nos campos de atenção à saúde da criança nascida por baixo peso. É o caso do Método Canguru.

O método foi inserido em algumas unidades de saúde brasileiras na década de 90, tornando-se uma política governamental regulamentada pelo Ministério da Saúde (BERNARDO; ZUCO, 2015). O objetivo central desta estratégia é buscar a redução e a superlotação e a mortalidade de prematuros em UTI neo natal, aprimorando os cuidados por meio do contato pele a pele e maior vínculo afetivo. (BERNARDO, ZUCCO, 2015).

Hoje, o método canguru consiste em uma estratégia relevante, voltado para o recém-nascido de baixo peso que consiste em colocá-lo pele a pele com a mãe. De forma geral, este método é desenvolvido em três etapas. A primeira se inicia em um momento de identificação do risco gestacional que segue com a internação do recém-nascido (RN) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (BRASIL, 2017). A segunda etapa ocorre quando o RN atinge peso mínimo de 1.250 g, sem necessidade de suporte ventilatório, mas em uso de nutrição enteral e pode contar com o acompanhamento contínuo da mãe. A terceira etapa tem-se com a alta hospitalar e segue até que a criança atinja o peso de 2.500 gramas e 40 semanas de idade gestacional. (BRASIL, 2017).

A importância de o contato físico como tocar, segurar e permanecer em contato pele a pele, entre pais e bebês para que seja possível uma aproximação em nível emocional já vem sedo indicado em estudos qualitativos em unidades neonatais da Suíça, Inglaterra e Finlândia, ou seja, pesquisas que buscam compreender o comportamento e

suas experiências individuais através do nível emocional. Este conceito estaria ligado à permanência de sentimentos duradouros, como, afeto, carinho, cuidado, amor, afeição e/ou conexão ente pais e bebês (FLACKING, THOMSON, AXELIN, 2016).

Já em outro estudo, o cuidado canguru influenciou, positivamente, o afeto materno, especialmente de bebês nascidos "a termo", sendo recomendado que o canguru fosse incluído nos cuidados de rotina durante a UTIN, pois, não restam dúvidas da importância do apoio e interação física e emocional das mães com seus bebês. (KURT et al., 2020). No tocante aos sintomas fisiológicos dos bebês prematuros, o cuidado canguru teve influências para uma estabilização positiva e aumento da interação mãe e bebê, observando considerável redução de nível de estresse da genitora. (CHO *et al*., 2016).

Ademais, foi verificada a predominância de sentimentos positivos, como o de confiança, e sensação de bem-estar na hora do manuseio do recém-nascido, bem como do estímulo ao aleitamento materno e do favorecimento do estabelecimento do apego entre mãe e bebê. (ARAUJO et al., 2016).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou evidenciar, através de busca em base de dados, os benefícios do método bebê canguru e do programa pré-natal, no contexto da saúde da criança.

A princípio, em relação ao programa pré-natal, evidencias apontaram para importantes benefícios deste programa, como redução de eventos perinatais negativos, como baixo-peso ao nascer e prematuridade e redução das chances de eclampsia, diabetes gestacional e óbitos maternos. Porém, como aspectos negativos, foi apontado a falta de orientações relacionadas a gestação, esclarecimentos sobre técnicas para o aleitamento materno e como se preparar para o parto e cuidados básicos com o recém-nascido.

De fato, vale ressaltar, são pequenas as fragilidades que necessitam de uma melhor qualificação. De forma geral, os programas de pré-natal possuem inúmeros benefícios, além de contar com uma equipe composta pelos diferentes atores da equipe multiprofissional, o que na prática, impactam de forma positiva na saúde da mãe e do bebê.

Já no caso do Método Canguru, evidenciou-se como aspecto positivo o estímulo ao vínculo afetivo entre mãe e bebê, além do incentivo ao aleitamento materno, fatores considerados imprescindíveis quando considerada o importante estado de vulnerabilidade que esse RN se encontra.

De forma geral, foi possível observar que o programa de pré-natal tem como finalidade a promoção de saúde e a prevenção de doenças, ao passo que o método canguru busca a promoção de vínculo afetivo entre mãe e bebê- este em estado prematuro- como forma de potencializar o processo de cura deste RN, além de promover o incentivo ao aleitamento materno.

Por fim, vale a reflexão de que futuros estudos acerca da temática proposta nesta pesquisa são relevantes, afim de trazerem à tona aspectos considerados importantes nesta temática, além de conscientizar os diferentes atores envolvidos nesse planejamento, como gestores, autoridades locais e os próprios profissionais de saúde, para que se atinja cada vez maior excelência no cuidado da mulher e da criança. A RIL é um dos caminhos possíveis para que isso ocorra.

REFERÊNCIAS

AIRES, C. M. et al. Empowerment na gravidez: Estudo de adaptação da Empowerment Scale for Pregnant Women para o contexto português. **Revista de Enfermagem Referência**, v.9, n.10, p.49-57, 2016.

ARAUJO, A. M. G. *et al*. A experiência do método canguru vivenciada pelas mães em uma maternidade pública de Maceió/AL. **Revista Iberoamericana de Educacion e investigacion en enfermeria,** v.6, n.3, p.19-29, 2016.

BARROS, F. C. et al. Global report on preterm birth and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2010.

BERNARDO,0 F.R., ZUCCO, L.P., The centrality of the feminine in the kangaroo method. **Sex, Salud Soc**. n.21 p.154-74, 2015.

BHUTTA, Z. A. et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? **Lancet**, p.347- 70, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. **Guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde**, 2019.

__________ Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

__________ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico. 3a ed. Brasília (DF); 2017.

CHO, E. S.; KIM, S. J.; KWON, M. S. et al. The effects of kangaroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, Maternal–Infant Attachment, and Maternal Stress. **Journal of Pediatric Nursing**, v.31, n.4, p.430-438, 2016.

CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 8-13, 2012.

DANIEL, V.P., SILVA, J.S.L.G., A Enfermagem e sua colaboração na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista PróUniverSUS** v. 08 n.1 p.03-07, 2017.

DANTAS, R. C. O.; RONCALLI, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v.24, n.1, 2019.

FLACKING, R.; THOMSON, G.; AXELIN, A. Pathways to emotional closeness in neonatal units: A crossnational qualitative study. **BMC Pregnancy Childbirth,** v.16, n.1, p.170, 2016.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** (Brasília), v.24, n.2, p.335-342, 2015.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.12, n.3, p.549-556, 2004.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. Research Nursing Health, v.10, n.1, p.01-10, 1987.

HARZHEIM, E. *et al*. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.15, n.42, 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018. Rio de Janeiro: **IBGE**; 2019.

KURT, F. Y.; KUCUKOGLU, S.; OZDEMIR, A. A.; OZCAN, Z. The effect of kangaroo care on maternal attachment in preterm infants. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v.23, n.1, p.26-32, 2020.

RAMOS, A. L. P.; SETA, M. H. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v.35, n.4, 2019.

SILVEIRA, R. C. C. P. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**, v.8, n. 1, p. 102-106, 2010.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNCF). **The State of the World's Children**: maternal and newborn health. New York; 2009. p. 118-121, 2009.

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v.67, n.2, p.282-289, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Geneva: WHO, 2018. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/.

CAPÍTULO 9

CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE O ESQUEMA VACINAL DE SEUS FILHOS ASSISTIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Data de aceite: 10/01/2022

Eliana Lessa Cordeiro
Mestra em Neurociência pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Recife – PE
https://orcid.org/0000-0001-7305-9431

Liniker Scolfild Rodrigues da Silva
Especialista em Saúde Coletiva na modalidade Residência pela Faculdade de Ciências Médicas/Universidade de Pernambuco (FCM/UPE)
Recife – PE
https://orcid.org/0000-0003-3710-851X

Juliana Leão Urquiza
Enfermeira (egressa) pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), campus Recife
Recife – PE
https://orcid.org/0000-0001-8276-1839

Michele Arruda Nascimento
Enfermeira (egressa) pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), campus Recife
Recife – PE
http://lattes.cnpq.br/3853119467985302

Renata Maria da Silva
Enfermeira (egressa) pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), campus Recife
Recife – PE
http://lattes.cnpq.br/1037109011707562

Edivaldo Bezerra Mendes Filho
Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Recife – PE
http://orcid.org/0000-0002-9471-7736

Gardênia Conceição Santos de Souza
Mestra em Gerontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
Recife – PE
http://lattes.cnpq.br/3593115902566366

Clarissa Silva Pimenta
Especialista em Saúde Mental na modalidade Residência pelo Instituto Raul Soares (IRS)
Matozinhos - MG
https://orcid.org/0000-0002-4329-9992

Cristina Albuquerque Douberin
Mestra em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba/Universidade de Pernambuco (UEPB/UPE)
Recife – PE
https://orcid.org/0000-0003-0023-0036

RESUMO: Objetivo: Verificar o conhecimento das mães sobre o esquema vacinal de seus filhos assistidos em uma Unidade Básica de Saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa realizado na Unidade Básica de Saúde Loreto II, localizado no município de Jaboatão dos Guararapes/PE, no qual foram entrevistadas 50 mães de crianças de 0 a 1 ano de idade atendidas na consulta de puericultura. Os dados foram coletados através de entrevista com roteiro

semiestruturado e apresentadas através de tabelas e analisados com estatística descritiva simples. **Resultados:** Verificou-se com relação ao esquema vacinal que 96% estavam com o cartão vacinal de seus filhos atualizados; 90% delas sabem que as vacinas protegem contra doenças, apesar do alto índice de atualização; 21,4% não sabem quais são essas vacinas e a que doenças realmente cada uma delas protegem, mostrando a falta de orientação de muitas; pois das entrevistadas apenas 14% já tinha participado de alguma atividade educativa relacionada as vacinas. **Considerações Finais:** Ficou evidente a falta de conhecimento das mães sobre o esquema vacinal de seus filhos assistidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Jaboatão dos Guararapes, demonstrando a falta de conhecimento e insegurança delas. Vale ressaltar que a enfermagem tem um papel importante nas ações educativas da comunidade da qual deve ser exercida de forma holística acerca da promoção em saúde, partindo não só da enfermagem, bem como dos gestores.
PALAVRAS-CHAVE: Conhecimento, Vacinação, Estratégia Saúde da Família.

KNOWLEDGE OF MOTHERS ON THE VACCINE SCHEME OF THEIR CHILDREN ASSISTED IN A BASIC HEALTH UNIT

ABSTRACT: Objective: To verify the knowledge of mothers about the vaccination schedule of their children assisted in a Basic Health Unit**. Methodology:** This is an exploratory descriptive study with a quantitative approach carried out at the Loreto II Basic Health Unit, located in the city of Jaboatão dos Guararapes/PE, in which 50 mothers of children aged 0 to 1 year who attended the childcare consultation were interviewed. Data were collected through interviews with a semi-structured script and presented through tables and analyzed with simple descriptive statistics. **Results:** It was found in relation to the vaccination schedule that 96% had their children's vaccination card updated; 90% of them know that vaccines protect against diseases, despite the high update rate; 21.4% do not know what these vaccines are and what diseases each one of them really protects, showing the lack of guidance of many; because of those interviewed, only 14% had already participated in some educational activity related to vaccines. **Final Considerations:** It was evident the lack of knowledge of mothers about the vaccination schedule of their children assisted in a Basic Health Unit in the municipality of Jaboatão dos Guararapes, demonstrating their lack of knowledge and insecurity. It is noteworthy that nursing has an important role in the educational actions of the community which must be exercised in a holistic way about health promotion, starting not only from nursing, but also from managers.
KEYWORDS: Knowledge, Vaccination, Family Health Strategy.

1 I INTRODUÇÃO

A vacinação é um meio de se adquirir imunidade, dando ao organismo a oportunidade de prevenir doenças através do desenvolvimento de anticorpos que impedem a disseminação do microrganismo (MARQUES; SILVA; RODRIGUES, 2020).

No Brasil, houve uma queda da mortalidade infantil, mas ainda persiste um coeficiente considerável de morbimortalidade de crianças por doenças preveníveis por falta da vacinação (APS et al., 2018). Apesar do país desenvolver estratégias diversas como

campanhas e varreduras, percebeu-se que muitas crianças ainda deixam de ser vacinadas, pelos mais diferentes fatores, um deles é o déficit de conhecimento das mães, relacionado a vacinação, no que diz respeito as quais tipos de vacinas devem ser administrados, para quais doenças elas previnem, se há contraindicações e se ocorre reações adversas (BARBIERI et al., 2017).

Neste contexto, o Ministério da Saúde criou em 1973, o Programa Nacional de Imunização (PNI). Este programa coordena as atividades de imunização na rede de serviços de saúde, definem as vacinas obrigatórias, as normas para cada uma delas, bem como os procedimentos é responsável pela aquisição e controle de qualidade e distribuição delas. O PNI vem buscando através dos serviços de saúde e das campanhas periódicas atingir seu objetivo, que é vacinar 100% das crianças menores de 1 ano com as vacinas BCG, Hepatite B, Pólio, Tetravalente (DTP + Hib), Rotavírus, Tríplice Viral, Febre Amarela, e mais recentemente pneumocócica 10 – valente e meningococo C, para controle e erradicação destas doenças (CAVALCANTE et al., 2018).

Neste sentido vale destacar que a equipe de enfermagem, exerce um papel fundamental em todas as ações de execução do PNI dentro dos Programas de Saúde da Família (PSF), sem falar a importância da presença do enfermeiro na sala de vacina, pois além de passar o maior tempo junto a população, deve apresentar habilidades para desenvolver ações educativas (DUARTE et al., 2018).

O enfermeiro deve ter também um bom relacionamento, tanto com sua equipe, como também com a comunidade, tendo domínio do conhecimento específico na área de enfermagem e na área de educação, as quais foram bem intensificadas pelos enfermeiros a partir da necessidade de exercer a função de instrutor, coordenador e orientador (SATO et al., 2018).

É através das ações de educação em saúde, partindo da enfermagem e toda equipe de saúde que será possível às mães adquirirem estes conhecimentos com respeito a importância da vacinação, tirando suas dúvidas e medos a respeito das vacinas, para que seja realizado e cumprido um esquema vacinal completo das crianças alcançando os objetivos propostos pelo PNI, que é erradicar e controlar as doenças imunopreveníveis e alcançar a meta de vacinar 100% das crianças de 0 à 1 ano de idade (GAÍVA et al., 2020).

Este estudo tem como objetivo, verificar o conhecimento das mães sobre o esquema vacinal de seus filhos assistidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Para isso, se fez necessário, caracterizar a amostra de acordo com as variáveis, idade, estado civil, escolaridade, número de filhos, renda familiar; listar as vacinas que são conhecidas pelas mães e que devem ser aplicadas a criança de 0 a 1 ano de idade; e identificar as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde quanto a prática de vacinação.

2 I METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias e a exploração de aspectos de uma situação. A pesquisa descritiva é um tipo de estudo que permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno. A abordagem quantitativa significa quantificar opiniões e dados nas formas de coleta de informações utilizando recursos e técnicas estatísticas (SILVA et al., 2018a).

O estudo foi realizado na UBS Loreto II, no município de Jaboatão dos Guararapes, estado de Pernambuco (PE), no mês de outubro de 2010. Escolheu-se a referida instituição pelo fato de: Oferecer fácil acesso para o campo de pesquisa; e por atender um número significativo de crianças na consulta de puericultura. O universo desta pesquisa foi composto por mães de crianças de 0 a 1 ano de idade que compareceram na consulta de puericultura da UBS Loreto II.

Como critérios de inclusão, a pesquisa foi composta pelas mães que acompanharam seus filhos nas consultas de puericultura, atendendo aos seguintes critérios: maiores de 18 anos de idade; aceitem participar do estudo voluntariamente e tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E como critérios de exclusão, mães que não fazia parte da área adscrita da UBS.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Agamenon Magalhães (HAM), seguindo os seguintes passos:

- No primeiro momento foi solicitada da Instituição e dos Profissionais responsáveis pela consulta de puericultura, autorização para realização da pesquisa, com a assinatura da Carta de Anuência;
- No segundo momento foram selecionados os componentes da amostra que preencheram os requisitos anteriormente mencionados. Após seleção dos sujeitos, eles foram informados quanto ao estudo, os objetivos e o conteúdo da pesquisa, bem como solicitado a colaboração deles para a realização do estudo, através da assinatura do TCLE;
- No terceiro momento foi realizada a coleta de dados através de entrevista semiestruturada, com as mães, para através desta, identificar o conhecimento à cerca do esquema vacinal de seu filho e sua prática.

Para o instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro semiestruturado contendo questões abertas e fechadas, distribuídas em 3 partes:

I – Identificação;

II – Condições Socioeconômicas;

III – Conhecimento sobre o esquema vacinal.

É importante ressaltar que a coleta de dados teve início após a apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Agamenon Magalhães (HAM) sob o n.º registro do CAAE: 0128.0.236.000.10, bem como da assinatura do TCLE e do representante legal da UBS Loreto II, através de um termo de autorização para pesquisa.

O presente projeto garantiu os aspectos éticos e legais de pesquisa com seres humanos, segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), no capítulo 3, artigo I da Resolução 196/96, sendo atualizada pela Resolução 466/2012. Referentes à privacidade de confidencialidade dos dados, o anonimato, o respeito dos valores socioculturais, assim como a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Os dados foram processados em microcomputador, no programa *Microsoft Office Excel®* 2003, onde foi realizada a tabulação e análise dos dados. Eles foram também feitos concomitantemente de forma manual com junção dos formulários, para avaliação das informações coletadas, apresentadas através de tabelas e analisados com estatística descritiva simples (número absoluto e percentual), que refletiram o conhecimento das mães sobre o esquema vacinal de seus filhos.

Para visualizar e compreender melhor os resultados, os dados foram organizados e apresentados em tabelas, de forma descritiva.

3 I RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os dados, para verificar o conhecimento das mães sobre o esquema vacinal de seus filhos assistidos em uma UBS no município de Jaboatão dos Guararapes/PE.

Variáveis	n.	%
Idade (anos)		
18 --I 22	11	22
23 --I 28	13	26
29 --I 34	17	34
> 34	9	18
Estado Civil		
Solteira	10	20
Casada	13	26
Separada	3	6
Divorciada	-	-
União estável	23	46
Viúva	1	2

Escolaridade		
Analfabeta	1	2
Fundamental incompleto	15	30
Fundamental completo	8	16
Médio incompleto	9	18
Médio completo	16	32
Superior incompleto	-	-
Superior completo	1	2

Tabela 1: Caracterização das mães de filhos assistidos por uma Unidade Básica de Saúde no município de Jaboatão dos Guararapes/PE, Brasil, Out./2010.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

De acordo com a tabela 1, o maior percentual 34% das mães entrevistadas tinham 29 a 34 anos, 26% tinham entre 23 a 28 anos,22% tinham entre 18 a 22 anos, e 18% da amostra eram maiores de 34 anos. No que se refere a situação marital, observa-se que a união estável foi a mais prevalente com 46% da amostra, seguidas pelas casadas com 26%, solteiras com 20%, separadas com 6% e as viúvas com 2% do total. Com relação a escolaridade, foi evidenciado que 32% das mães haviam concluído o ensino médio, 30% não tinham completado o ensino fundamental, 18% já tinham completado o ensino médio, 16% tinham o fundamental completo, e 2% restantes analfabetas e com nível superior completo.

Variáveis	n.	%
Trabalho fora do lar		
Trabalha	15	30
Não trabalha	35	70
Renda familiar		
< 1 salário mínimo	9	18
1 salário mínimo	25	50
2 - 3 salários mínimos	15	30
> 3 salários mínimos	-	-
Não informada	1	2
Situação de domicílio		
Própria	34	68
Cedida	2	4
Alugada	12	24
Invasão	2	4
Quantidade de filhos		
1 filho	22	44

2 - 3 filhos	26	52
4 - 5 filhos	1	2
> 6 filhos	1	2

Tabela 2: Caracterização socioeconômica das mães de filhos assistidos por uma Unidade Básica de Saúde no município de Jaboatão dos Guararapes/PE, Brasil, Out/2010.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Na tabela 2, demonstra que apenas 30% das entrevistadas trabalhavam fora do lar e a maioria, 70% desenvolvia atividades relacionadas aos cuidados com a casa. Com relação a renda familiar, 50% da amostra revelou viver com um salário mínimo, 30% entre dois e três salários mínimos, e 18% indicou viver com menos de um salário de renda familiar. Com relação a situação de domicílio 68% vivem em casa própria, 24% vivem em casa alugada, 4% em casa cedida por outros, e os outros 4% restantes em casa de invasão. Ainda nesta tabela é possível verificar que 52% das entrevistadas tinham de 2 a 3 filhos, 44% apenas 1 filho, 2% de 4 a 5 filhos e 2% mais de 6 filhos.

Variáveis	**n.**	**%**
Esquema vacinal atualizado (n* = 50)		
Atualizado	48	96
Não atualizado	2	4
Motivos da não atualização (n* = 2)		
Viagem	1	50
Mora longe do posto	1	50
Importância da vacinação (n* = 50)		
Protege contra doenças	45	90
Não sabe da importância	5	10
Vacinas a ser administradas (n* = 84)		
BCG	15	17,8
Hepatite B	10	11,9
Pólio	15	17,8
Rota vírus	5	6
DTP (Tríplice bacteriana)	3	3,6
SCR (Tríplice viral)	3	3,6
Meningocócica C	2	2,4
Outras	13	15,5
Não conhecem	18	21,4
Doenças que as vacinas protegem (n* = 88)		
Paralisia infantil	22	25
Sarampo	17	19,3

Hepatite	9	10,2
Meningite	5	5,7
Rubéola	6	6,8
Tétano	4	4,6
Rota vírus	2	2,3
Tuberculose	2	2,3
Outras	8	9,1
Não conhecem	13	14,7

* Respostas Múltiplas

Tabela 3: Conhecimento das mães sobre o esquema vacinal de filhos assistidos por uma Unidade Básica de Saúde no município de Jaboatão dos Guararapes/PE, Brasil. Out./2010.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Na tabela 96% das mães tem o cartão de vacina de seus filhos atualizados, 4% apresentaram motivos em não estarem atualizados, destas 4%, 1 alega ter viajado, a outra alega morar longe do local de vacinação. Quanto à importância, 90% acha importante porque protege contra doenças, enquanto que apenas 10% não sabem da importância. Com relação ao conhecimento das entrevistadas sobre as vacinas administradas, 21,4% não conhecem quais seriam as vacinas, 17,8% conhecem a BCG e Pólio, 11,9% a Hepatite B, 6% a Rota vírus, 3,6% a DTP e SCR, 2,4% a Meningocócica C, enquanto que as 15,5% restantes conhecem outros tipos. Quanto as doenças a que as vacinas protegem 25% identificaram a paralisia infantil, 19,3% o sarampo, 14,7% não conhecem quais são as doenças, 10,2% identificaram a hepatite, 6,8% a rubéola, 5,7% a meningite, 4,6% o tétano, 2,3% rota vírus e a tuberculose e as 9,1% restantes conhecem outras doenças.

Variáveis	**n.**	**%**
Participação em palestras (n* = 50)		
Participou	7	14
Não participou	43	86
Local da palestra (n* = 7)		
Posto de saúde	05	71,4
Hospital	01	14,3
Escola	01	14,3
Profissional que orientou (n* = 7)		
Enfermeiro	03	42,8
Técnico de enfermagem	-	-
Médico	02	28,6
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	02	28,6

Dúvidas sobre vacinas (n* = 50)		
Tem duvidas	30	60
Não tem dúvidas	20	40
Tipos de Dúvidas (n* = 30)		
Oporque de tantas vacinas	05	16,7
Todas as dúvidas	10	33,3
Não responderam	15	50

* Respostas Múltiplas

Tabela 4: Orientações sobre vacinação às mães de filhos assistidos por uma Unidade Básica de Saúde no município de Jaboatão dos Guararapes/PE, Brasil, Out./2010.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Na tabela 4, apenas 14% destas mães já participaram de palestras, enquanto que 86% não participaram. As quais 71,4% das que participaram, receberam estas palestras em posto de saúde de seu bairro, 14,3% refere ter recebido no hospital e 14,3% restantes na escola. Foi constatado que essas orientações foram dadas 42,8% por enfermeiros, 28,6% pelos ACS e médicos. Com relação à dúvidas ainda existentes, 60% apresentaram dúvidas à respeito das vacinas, enquanto que 40% não tem. Das que alegam terem dúvidas, 33,3% alegam terem todas as dúvidas a respeito das vacinas, enquanto que 16,7% não entendem o porque de tantas vacinas aplicadas, e os 50% restantes não responderam quais seriam essas dúvidas.

Variáveis	n.	%
Orientações sobre cuidados gerais no pós-vacinal (n* = 50)		
Recebeu	46	92
Não recebeu	4	8
Tipo de orientação (n* = 60)		
Colocar gelo no local	32	53,3
Dar antitérmico se apresentar febre	26	43,3
Não esfregar o local	1	1,7
Cuidado com a fralda após a aplicação da Rotavírus	1	1,7
Orientações sobre possíveis reações adversas pós-vacinais (n* = 50)		
Recebeu	41	82
Não recebeu	9	18
Tipo de orientação (n* = 57)		
Febre	20	35,1
Dor local	25	43,9
Irritabilidade	10	17,5

Vermelhidão local	2	3,5

* Respostas Múltiplas

Tabela 5: Orientações sobre os cuidados gerais no pós-vacinal às mães de filhos assistidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Jaboatão dos Guararapes/PE, Brasil, Out./2010.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Na tabela 5, verificou-se que 92% das mães entrevistadas recebeu algum tipo de orientação com relação aos cuidados gerais no pós-vacinal, e 8% não recebeu nenhum tipo de orientação. Quanto a que tipo de orientação elas receberam 53,3% informou ter sido orientada a colocar gelo no local, 43,3% administrar antitérmico se caso a criança apresente febre, 1,7% ter cuidado com a fralda após aplicação da vacina Rotavírus 1,7% restante foi orientada a não esfregar o local da aplicação. Quanto as reações adversas 82% foram orientadas, enquanto que 18% não recebeu nenhuma orientação. Dessas mães orientadas, 43,9% foi informada que poderia ocorrer dor local, 35,1% que poderia ocorrer febre, 17,5% que a criança poderia apresentar sinais de irritabilidade e 3,5% restantes com vermelhidão local.

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo investigou o conhecimento das mães de filhos assistidos em um programa de saúde da família em Jaboatão dos Guararapes/PE, sobre o esquema vacinal.

Na população estudada, foi evidenciado que (34%) das mães entrevistadas tinham de 29 á 34 anos. Lima, Silva e Rodrigues (2018) relata que isso provavelmente deve-se ao fato de atualmente a maternidade ter se dado tardiamente. Com relação ao estado civil, houve uma predominância de mães com união estável (46%), favorecendo maior acompanhamento da criança, mas estando a vacinação, na grande maioria dos casos, aos cuidados da mãe.

Quanto a escolaridade, foi observado que a maioria delas (32%) tinham o ensino médio completo. Duarte et al. (2018) afirma que quanto maior a escolaridade do cuidador, maior a tendência para a vacinação da criança está atualizada, pois o fato da mãe possuir bom nível de escolaridade poderá contribuir com a educação em saúde, principalmente no que se refere à prevenção de doenças (SILVA et al., 2018b; DOMINGUES et al., 2020).

Na amostra estudada, (70%) das mães afirmam não trabalhar fora de casa e (50%) destas famílias tem renda em média de um salário mínimo. Brasil (2018), afirma que em geral, os níveis econômicos mais baixos estão associados a menores coberturas vacinais. Porém, foi evidenciado que mesmo com a maior incidência de um ganho mensal no valor mínimo salarial, a cobertura vacinal apresentou um índice elevado. No que diz respeito à situação do domicílio, um número bastante relevante (68%) das entrevistadas tem residência própria.

Analisando as características das famílias estudadas em relação à prole, (52%) das entrevistadas, tinham de dois a três filhos. Duarte et al. (2018), verificou que a vacinação em dia, é significativamente maior em famílias com até dois filhos.

Quanto a atualização do esquema vacinal dos filhos menores de 1 ano de idade, (96%) das entrevistadas colocaram que estão atualizados, enquanto que apenas (4%) não estão alegando ter viajado e morar longe da unidade de saúde. Apesar do auto índice de atualizações, ainda ocorre casos de atrasos vacinais, talvez tais motivos apresentam-se incoerentes com o conhecimento demonstrado por algumas das entrevistadas quanto à importância da vacina, na qual (90%) sabem que a vacinação serve como meio de prevenção das doenças. Costa et al. (2020) e Silva et al. (2020), declaram que provavelmente estes atrasos ocorram muitas vezes devido à condição social de exclusão em que as vezes essas famílias vivem, na qual a saúde não é a primeira preocupação.

As vacinas mais conhecidas pelas mães foram: BCG (17,8%), Pólio (17,8%) e em seguida Hepatite B (11,9%), enquanto que (21,4%) não conhecem nenhuma das vacinas aplicadas, isso demonstra que deveriam ser fornecidas, mas informações sobre as vacinas, e não apenas jogá-las como se a população tivesse a obrigação de se vacinar, como reforça Lima, Silva e Rodrigues (2020).

É tanto que (86%) das entrevistadas nunca participaram de palestras relacionadas às vacinas, apenas (14%) destas tiveram algum tipo de acesso, (71,4%) destas (14%) participaram de alguma palestra no posto de saúde e as (14,3%) subsequentes em escola ou hospital. Duarte et al. (2018), refere que esse fato compromete a qualidade do processo e o direito de informação do paciente, com possíveis repercussões negativas quanto a cobertura vacinal ou datas oportunas.

Apenas (42,8%) das mães que tiveram acesso as palestras, informam que foram orientadas por enfermeiros, segundo Succi, (2018), cabe ao enfermeiro se conscientizar de suas atribuições, criando novos processos de trabalho, não deixando estas mães com tantas duvidas a respeito das vacinas, onde no estudo, (60%) destas mães possuem dúvidas, (33,3%) informaram ter todas as duvidas possíveis com relação as vacinas, apesar de (92%) informarem ter orientações sobre cuidados gerais e reações adversas, onde (53,3%) foi orientada a colocar gelo no local da aplicação.

Ainda, (43,3%) foi orientada a administrar antitérmico caso ocorra sintomas de febre, na qual (35,1%) foram informadas da febre ser umas das reações possíveis após a vacinação e (43,9%) de dor local e presença de irritabilidade em (17,5%). Muitas dessas entrevistadas, dizem saber dessas orientações através de conversas com outras mães, ou ter sido informada na hora em que seu filho recebeu a vacina.

Deve-se destacar que o paciente ou responsável, tem o direito legal a informações sobre as ações preventivas e diagnosticas aplicáveis a sua situação, inclusive sobre as possíveis reações adversas de forma clara e compreensível como ressalta Duarte et al. (2018) e Hortal e Fábio (2019).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou a falta de conhecimento das mães sobre o esquema vacinal de seus filhos assistidos por um PSF no município de Jaboatão dos Guararapes, demonstrando a importância de atividades educativas de saúde, partindo não só da enfermagem, como também dos gestores. Pois é só através das ações de educação, que será possível as mães adquirirem estes conhecimentos a respeito do porquê da importância de um esquema vacinal completo na vida de seus filhos, e garantindo assim alcançar os objetivos propostos pelo PNI, que é vacinar 100% da população e erradicar algumas doenças imune previsíveis.

REFERÊNCIAS

APS, Luana Raposo de Melo Moraes et al. Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 52, p. 40, 5 abr. 2018. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). DOI: http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000384

BARBIERI, Carolina Luisa Alves et al. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de são paulo, brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 1, 2017. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://doi.org/10.1590/0102-311x00173315

BRASIL. **As razões da queda da imunização**. Biblioteca Virtual em Saúde, 2018a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/ultimas-noticias/2784-as-razoes-da-queda-na-vacinacao Acesso em: 04 out. 2021.

CAVALCANTE, Jacqueline Rodrigues do Carmo et al. Percepção das mães sobre o cuidado à criança por meio da caderneta de saúde**. Itinerarius Reflectionis**, [S.L.], v. 14, n. 4, p. 01, 5 dez. 2018. Universidade Federal de Goias. DOI: http://doi.org/10.5216/rir.v14i4.54955

COSTA, Priscila et al. Completude e atraso vacinal das crianças antes e após intervenção educativa com as famílias. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 25, p. 1, 6 jul. 2020. Universidade Federal do Parana. DOI: http://doi.org/10.5380/ce.v25i0.67497

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos et al. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 2, p. 1, 2020. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://doi.org/10.1590/0102-311x00222919

DUARTE, Deborah Correia et al. Vaccination access in Primary Care from the user's perspective: senses and feelings about healthcare services. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 1, 3 dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0250

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz et al. Consulta de enfermagem em puericultura na estratégia saúde da família. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 65-73, 2020. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. DOI: http://doi.org/10.31508/1676-3793201900009

HORTAL, María; FABIO, José Luis di. Rechazo y gestión en vacunaciones: sus claroscuros. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.L.], v. 43, p. 1, 7 jun. 2019. Pan American Health Organization. DOI: http://doi.org/10.26633/rpsp.2019.54

LIMA, I. P. M. P.; SILVA, P. H. D.; RODRIGUES, A. P. R. A. MOTIVOS DE NÃO VACINAÇÃO EM UMA CAPITAL DO NORDESTE NO PERÍODO DE 2015 A 2018. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS**, *[S. l.]*, v. 6, n. 2, p. 224, 2020. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosaude/article/view/9206 Acesso em: 4 out. 2021.

SATO, Ana Paula Sayuri et al. Uso de registro informatizado de imunização na vigilância de eventos adversos pós-vacina. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 52, p. 4, 29 jan. 2018. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). DOI: http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000295

SILVA, Ionara da et al. Situação vacinal de Meningocócica C e Pneumocócica 10 valente em crianças matriculadas na educação infantil. **Saúde e Pesquisa,** [S.L.], v. 13, n. 1, p. 105-113, 2 mar. 2020. Centro Universitario de Maringa. http://doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n1p105-113

SILVA, Alexandro da et al. Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. **Saúde e Sociedade,** [S.L.], v. 27, n. 2, p. 632-645, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://doi.org/10.1590/s0104-12902018172700

SILVA, Francelena de Sousa et al. Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento brisa, são luís, maranhão, nordeste do brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 1, 12 mar. 2018b. FapUNIFESP (SciELO). DOI: http://doi.org/10.1590/0102-311x00041717

SUCCI, Regina Célia de Menezes. Vaccine refusal – what we need to know. **Jornal de Pediatria**, [S.L.], v. 94, n. 6, p. 574-581, nov. 2018. Elsevier BV. http://doi.org/10.1016/j.jped.2018.01.008

CAPÍTULO 10

HOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS POR CAUSAS SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 10/01/2022

Tatiana da Silva Melo Malaquias
Universidade Estadual do Centro Oeste.
Departamento de Enfermagem
Guarapuava, Paraná
http://lattes.cnpq.br/5259507149354975

RESUMO: O Ministério da Saúde vem identificando importante redução das internações infantis, principalmente por causas evitáveis, indicando avanços na efetivação do SUS e melhora na cobertura da Estratégia Saúde da Família. No entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de 10 milhões de crianças em países em desenvolvimento morrem antes de completar cinco anos de idade. Aproximadamente 70% destas mortes são causadas por doenças evitáveis como infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas, infecções, deficiências nutricionais e doenças imunopreveníveis, e podem estar relacionadas a fatores sócio-culturais, biológicos e organizacionais dos serviços de saúde. Deste modo faz-se necessário a ampliação da Estratégia Saúde da Família e a qualificação das ações de assistência à criança para que a internações por causas sensíveis a Atenção Primária sejam reduzidas.
PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Criança; Atenção Primária à Saúde; Hospitalização.

HOSPITALIZATION OF CHILDREN UNDER THE AGE OF FIVE FOR CAUSES SENSITIVE TO PRIMARY HEALTH CARE: LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: The Ministry of Health has identified an important reduction in child hospitalizations, mainly for avoidable causes, indicating advances in the implementation of the SUS and improvement in the coverage of the Family Health Strategy. However, the World Health Organization (WHO) estimates that more than 10 million children in developing countries die before reaching the age of five. Approximately 70% of these deaths are caused by preventable diseases such as acute respiratory infections, diarrheal diseases, infections, nutritional deficiencies and vaccine-preventable diseases, and may be related to socio-cultural, biological and organizational factors in health services. In this way, it is necessary to expand the Family Health Strategy and the qualification of child care actions so that admissions for sensitive causes to Primary Care are reduced.
KEYWORDS: Child Health; Primary Health Care; Hospitalization.

INTRODUÇÃO

As ações realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) da criança, desenvolvidas principalmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), são essenciais para as atividades de promoção, prevenção e de intervenção, por ter potencial para detectar precocemente possíveis alterações e diminuir

os riscos de morbimortalidade (LEÃO, CALDEIRA, OLIVEIRA; 2011).

Dentre essas ações, destaca-se o incentivo ao aleitamento materno, a imunização, prevenção de acidentes e violências, a vigilância do crescimento e desenvolvimento realizados por meio da consulta de puericultura. Essas atividades constituem um dos eixos das ações a serem abordados na atenção à saúde da criança, contempladas na Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004; REICHERT et al., 2012).

Por meio destas ações na APS, o Ministério da Saúde vem identificando importante redução das internações infantis, principalmente por causas evitáveis, indicando avanços na efetivação do SUS e melhora na cobertura da ESF. No Brasil, as pesquisas apontam que há uma relação próxima entre cobertura da atenção primária e estes indicadores (SANTOS et al., 2015; BARRETO, NERY, COSTA, 2012).

No entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de 10 milhões de crianças em países em desenvolvimento morrem antes de completar cinco anos de idade. Aproximadamente 70% destas mortes são causadas por doenças evitáveis como infecções respiratórias agudas, doenças diarréicas, infecções, deficiências nutricionais e doenças imunopreveníveis, e podem estar relacionadas a fatores sócio-culturais, biológicos e organizacionais dos serviços de saúde (SANTOS et al., 2015).

As condições sensíveis à atenção primária no Brasil foram estabelecidas por meio da lista brasileira de Internações por Causa Sensível à Atenção Primária (ICSAP), que constitui uma relação de diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), organizada em 19 grupos (BRASIL, 2008) que abarca as doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, tais como: gastrenterites infecciosas e complicações, anemia, deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, doenças das vias aéreas inferiores, infecção do rim e trato urinário, infecção da pele e tecido subcutâneo (PREZOTTO, CHAVES, MATHIAS, 2015; SANTOS et al., 2015).

A hospitalização de crianças menores de 05 anos por Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) podem indicar diminuição na garantia de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Neste sentido, torna-se relevante conhecer as principais causas de hospitalização de crianças menores de 05 anos no Brasil por CSAP, assim como os fatores que contribuem para estas hospitalizações.

Portanto, este estudo teve por objetivo conhecer as principais causas de hospitalização de crianças menores de 05 anos por condições sensíveis a Atenção Primária no Brasil indicadas na literatura no período de 2011 a 2015.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura no qual foram realizadas buscas de artigos

sobre o tema proposto nas bases de dados LILACS E MEDLINE, com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): "Saúde da Criança"; " Atenção Primária à Saúde"; "Hospitalização" para artigos publicados no período de 2011 a 2015. Foram critérios de inclusão: artigos indexados nas bases de dados descritas previamente e publicados na íntegra na língua portuguesa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Depois de selecionados os artigos foram realizadas leituras e identificados os dados condizentes com o tema proposto capazes de responder ao objetivo do estudo. Foram encontrados 04 artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão, apresentados na sequência:

Nome do Periódico	Ano de publicação	Autores	Título do artigo	Tipo de Estudo	Participantes
Cogitare Enfermagem	2015	Santos I.L.F. et al.	Hospitalização de crianças por condições sensíveis à atenção primária	Descritivo	Hospitalizações de crianças menores de cinco anos por condições sensíveis à atenção primária à saúde residentes em Cuiabá, estado do Mato Grosso, ocorridas no período de 2007 a 2011
Revista Escola de Enfermagem da USP	2015	Prezzotto K.H.; Chaves M.M.N.; Mathias T.A.F.	Hospitalizações sensivéis à atenção primária em criança segundo grupos etários e regionais de saúde	Séries temporais do tipo ecológico	Todas as internações de menores de cinco anos residentes no estado do Paraná, ocorridas no período de 2000 a 2011
Caderno de Saúde Pública	2012	Barreto J.O.M.; Nery I.S.; Costa M.S.C	Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 05 anos no Piauí, Brasil	Quantitativo de abordagem ecológica	Internações hospitalares de residentes no Piauí menores de 5 anos de 2000 a 2010
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	2011	Caldeira A.P.; Fernandes V.B.L; Fonseca W.P.; Faria A.A.	Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil	Transversal analítico	365 famílias de crianças internadas na pediatria

Quadro1. Caracterização dos Estudos. Guarapuava, Paraná, Brasil, 2021.

No estudo de Santos et al. (2015) realizado em Cuiabá, no período de 2007 a 2011, foram registradas 16.156 hospitalizações de crianças menores de 05 anos. Desse total de internações, 6.258 foram por CSAP, com predomínio do sexo masculino. A maior parte das internações por CSAP foi de crianças com idade de 01 a 04 anos, tendo como causa principal pneumonias bacterianas, doenças pulmonares, gastroenterites infecciosas e complicações. Porém, os achados deste estudo demonstraram que a proporção de hospitalizações por CSAP é menor que as não por CSAP (9.989 internações).

Pode-se observar no estudo de Prezotto, Chaves e Mathias (2015), no qual foram analisadas as internações de menores de 05 anos ocorridas no estado do Paraná, no período de 2000 a 2011, que do total de 813.230 hospitalizações, 82.636 foram por CSAP. A pneumonia bacteriana foi a causa mais freqüente, seguida pela gastrenterite aguda.

Os autores Barreto, Nery e Costa (2012) avaliaram as internações de crianças menores de 05 anos no estado do Piauí, no período de 2000 a 2010 e constataram que as causas mais freqüentes de internação foram as doenças do aparelho respiratório, seguidas as doenças infecciosas e parasitárias e afecções perinatais. Dentre as CSAP, as gastroenterites, seguida pela pneumonia bacteriana e asma foram as principais causas de internação em menores de 05 anos.

Os achados do estudo de Caldeira, Fernandes, Fonseca e Faria (2011) realizado em Montes Claros, Minas Gerais, no período de 2007 a 2008, com 365 famílias de crianças internadas nos hospitais da região, demonstraram que dentre as internações por CSAP, as principais foram pneumonias, asmas, gastroenterites e suas complicações, infecções de pele e tecido subcutâneo.

Os estudos analisados apontaram que ainda é relevante o número de internações de crianças menores de 05 anos por CSAP, com destaque para as doenças respiratórias e diarréicas.

As internações por CSAP é um importante indicador que auxilia na avaliação da qualidade da assistência da Atenção Primária, principalmente às crianças, diante de agravos de saúde evitáveis (PREZOTTO, CHAVES, MATHIAS, 2015)

Apesar dos avanços na saúde com a implantação das unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), que é o pilar da atenção básica no Brasil, percebe-se que as ações voltadas à redução das doenças prevalentes na infância, não estão atingindo a maioria das crianças menores de 05 anos e que ainda ocorre um número significativo de hospitalizações infantis por causas evitáveis (SANTOS ET AL., 2015).

As hospitalizações por CSAP também podem estar associadas à cobertura dos serviços de atenção primária, como demonstrou o estudo de Santos et al. (2015), no qual ocorreu uma redução das internações em menores de 01 ano com a ampliação da cobertura da ESF no município.

O dimensionamento do cuidado à saúde da criança na ESF inclui o acompanhamento do desenvolvimento da criança, manejo clínico de doenças infecciosas prevalentes na

infância, combate à desnutrição, além de ações de prevenção e promoção da saúde infantil e materna, tais como imunização por vacinas, promoção do aleitamento materno e orientações às famílias sobre os cuidados com a criança, compondo um conjunto de intervenções efetivas para a melhoria da saúde infantil que podem favorecer a redução do número de internações de crianças menores de 05 anos por causa evitáveis (NEDEL, FACCHINI, MARTIN-MATEO, NAVARRO, 2010; BARRETO, NERY, COSTA, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos analisados apontaram que as principais causas de hospitalização de menores de 05 anos por CSAP são doenças respiratórias, principalmente a pneumonia bacteriana, seguida pelas gastroenterites (diarreia).

Com os programas desenvolvidos na atenção básica, especialmente na ESF, voltados a saúde da criança, espera-se que essas doenças que são evitáveis sejam minimizadas. Porém, os índices de internações por estas causas ainda são elevados e isto pode indicar deficiência na qualidade atenção primária à saúde.

Faz-se necessário a ampliação da ESF e a qualificação das ações de assistência à criança para que a internações por CSAP sejam reduzidas. O fortalecimento do vínculo da ESF com a família faz com que existe uma relação real e comprometida, de modo que quando a criança adoece, a família buscará a resolubilidade na unidade de saúde que está vinculada e isso facilitará a integralidade e longitudinalidade do cuidado à saúde infantil.

REFERÊNCIAS

BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, p. 515-526, Mar. 2012 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Define a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária**. Diário Oficial da União, Brasília, 18 abr. 2008. Seção 1, p. 70.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, 2011.

NEDEL, Fúlvio Borges et al . Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 61-75, mar. 2010. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2015.

PREZOTTO, K. H.; CHAVES, M. M. N.; MATHIAS, T. A. F. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 44-53, 2015.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva et al. Vigilância do crescimento infantil: conhecimentos e práticas de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13., n. 1, p. 114-126, 2012.

SANTOS, Ingrid Leticia Fernandes et al. Hospitalização de crianças por condições sensíveis à atenção primária. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 171-179, 2015.

CAPÍTULO 11

RELAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

Data de aceite: 10/01/2022

Francineide Pereira da Silva Pena
Universidade Federal do Amapá- UNIFAP
http://lattes.cnpq.br/5547490063776157

José Luís da Cunha Pena
Universidade Federal do Amapá- UNIFAP
http://lattes.cnpq.br/0079553721029121

Lislaine Aparecida Fracolli
Universidade de São Paulo - USP
http://lattes.cnpq.br/4380012729471796

Elaine Buchhorn Cintra Damião
Universidade de São Paulo - USP
http://lattes.cnpq.br/1776630939602902

Liudmila Miyar Otero
Universidade Federal de Sergipe - UFS
http://lattes.cnpq.br/8176673605215407

Maria Emília Grassi Busto Miguel
Universidade Estadual de Maringá -UEM
http://lattes.cnpq.br/6337871777298739

Cecília Rafaela Salles Ferreira
Universidade Federal do Amapá- UNIFAP
http://lattes.cnpq.br/8830057051694039

Wollner Materko
Universidade Federal do Amapá- UNIFAP
http://lattes.cnpq.br/7169355551481923

Anna Maria Chiesa
Universidade de São Paulo - USP
http://lattes.cnpq.br/0954325862023755

RESUMO: Objetivo: Identificar a relação entre resiliência e qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, realizado com 202 pessoas com diabetes. Foram aplicados questionário de variáveis sociodemográficas e clínicas; *escala de Resiliência para Adultos* e *Escala para Diabetes-D-39.* Foram utilizados os testes de Kolmogorov-Smirnov, Coeficiente de Correlação de Spearman, o Teste T de Student e a ANOVA. Para análise de dados foi realizada modelos de regressão linear múltipla**,** considerou-se nível de significância de 5%. **Resultados:** constatou-se correlação entre resiliência e qualidade de vida (R=-0.330; p<0.01), resiliência tem efeito significativo na percepção da qualidade de vida (p < 0,001), e apenas o fator "Percepção de si mesmo" tem efeito significativo na percepção da qualidade de vida (p = 0,007). **Conclusão:** Os resultados revelaram que os dois construtos, demonstraram entre eles correlação negativa significativa. O fator de resiliência "Percepção de si mesmo" tem efeito na qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Resiliência Psicológica; Qualidade de Vida; Promoção da Saúde; Diabetes Mellitus; Atenção à Saúde.

RELATIONSHIP BETWEEN RESILIENCE AND QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH DIABETES MELLITUS

ABSTRACT: Objective: To identify the relationship between resilience and quality of life in people with diabetes mellitus. **Methods:** Descriptive, cross-sectional study conducted with 202 people with diabetes. Questionnaires of sociodemographic and clinical variables

were applied; Adult Resilience scale and Diabetes Scale-D-39. Kolmogorov-Smirnov tests, Spearman's Correlation Coefficient, Student's T test and ANOVA were used. For data analysis, multiple linear regression models were used, and it was considered a significance level of 5%. **Results:** there was a correlation between resilience and quality of life (R=-0.330; p<0.01), resilience has a significant effect on the perception of quality of life (p < 0.001), and only the fator "Perception of oneself" has significant effect on the perception of quality of life (p=0.007). **Conclusion:** The results revealed that the two constructs showed a significant negative correlation between them. The resilience factor "Perception of oneself" has an effect on quality of life.
KEYWORDS: Psychological Resilience; Quality of life; Health promotion; Diabetes Mellitus; Health Care.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que mundialmente afeta 463 milhões de pessoas e outros 374 milhões de pessoas apresentam tolerância à glicose alterada, com forte tendência de desenvolver a doença no futuro. Por isso, se constitui em uma emergência mundial para a saúde do século XXI. Calcula-se que, no ano de 2045, o número de pessoas com DM seja 700 milhões. Em 2019, na região das Américas do Sul e Central, são 32 milhões de pessoas com DM; para 2045 calculam-se 49 milhões. No *ranking* mundial, o Brasil ocupa o terceiro lugar para o Diabetes Infantil e o quinto lugar para o Diabetes no Adulto (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019).

Destarte, o contingente populacional exposto ao adoecimento com DM em todo o mundo é grande. Esta situação constitui atualmente um tema gerador de discussões e preocupações para a produção científica, pela complexidade da gestão e da autogestão do problema. Conviver com o DM pode gerar oscilações emocionais e impacto negativo sobre a qualidade de vida, pois o caráter iminente, a complexidade de autogestão para o controle metabólico, modificações frequentes no plano medicamentoso e alimentar, custos financeiros e exigência de novos aprendizados são alguns elementos causadores de insatisfação e baixa adesão ao autocuidado (RECKZIEGEL *et al.*, 2018). As oscilações e os impactos que o DM traz promove condição que limita a autonomia, portanto, constitui-se em uma adversidade real e objetiva, e nem sempre são enfrentadas de modo adequado. Entretanto, algumas pessoas com DM conseguem superar os impactos aderindo o tratamento e enfrentando sua doença como algo a ser superado (BÖELL; SILVA; HEGADOREN, 2016).

Nas últimas décadas, a atenção outrora ofertada à doença tem se deslocado para dimensões socioculturais e emocionais dedicadas aos recursos existentes para o seu enfrentamento e diagnóstico. A resiliência emerge como um construto que aponta para um novo modelo de compreensão do desenvolvimento da pessoa humana, pela dimensão da saúde e não da doença, ou seja, prioriza-se o potencial da pessoa para produzir saúde, em vez de se preocupar com os transtornos e disfunções (PESANTES *et al.*, 2015; BAHREMAND *et al.*, 2015). Portanto, a abordagem sobre a resiliência traz a possibilidade

de novos olhares acerca dos elementos que interferem na forma de convivência com o DM. Pois, aborda o desenvolvimento de recursos e habilidades para reduzir respostas fisiológicas negativas ante a mudanças devido a condições crônicas, em que o agente estressor permanecerá ao longo da vida (VICENTE *et al.,* 2019).

Esse estudo surgiu com a finalidade de abordar a resiliência por uma perspectiva relacional, associando-o ao construto qualidade de vida de pessoas com DM. Identificar resiliência em pessoas é fundamental para o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde e qualidade de vida (BAHREMAND *et al*., 2015; VICENTE *et al.,* 2019). Percebe-se que há uma conectividade teórica entre os construtos, o que fortalece o objetivo deste estudo. Contudo, não foram identificados estudos que tenham avaliado em pessoas com DM, a resiliência relacionada à qualidade de vida, o que evidencia escassez e justifica o estudo em questão.

Neste contexto, observando o valor dos referidos construtos, surgiu a questão de pesquisa: Qual a relação entre os fatores de resiliência e os domínios de qualidade de vida das pessoas com Diabetes Mellitus? O estudo teve como objetivo identificar a relação entre resiliência e qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus, utilizando a escala de Resiliência para Adultos (RSA) e Diabetes-39 (D-39) respectivamente.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, norteado pela ferramenta STROBE, realizado em uma unidade básica de saúde e um ambulatório de especialidades de um centro hospitalar público no município de Macapá, Amapá, Brasil. A escolha destes locais se deu por serem serviços de referência no atendimento de pessoas com DM. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2016 a janeiro de 2017.

A população foi de 906 pessoas com DM, cadastradas nos locais do estudo (336 UBS e 570 ambulatório). Foi estimada a amostra para modelos de regressão linear múltipla, estes modelos para serem generalizáveis, são necessárias 15 a 20 observações por variável independente (HAIR; BLACK; BABIN, 2010). A amostra definida para o estudo (N=202) correspondeu (22,2%) do total da população, a partir da qual, foi elaborada por local de pesquisa uma lista com os nomes das pessoas, cada nome recebeu um código numérico, para posterior sorteio de 202 nomes, realizou-se um processo de amostragem seleção aleatória simples por local (75-UBS/127-Ambulatório), sendo calculada pelo programa *G*Power* (FAUL; ERDFELDER;LANG; BUCHNER, 2007).

Os critérios de inclusão levaram em conta as pessoas com DM em seguimento nos serviços acima mencionados, com idade a partir de 18 anos, possuíssem boa comunicação que possibilitasse a participação no estudo e que aceitaram participar da pesquisa. Excluíram-se aquelas que tinham deficiência cognitiva e/ou deficiência auditiva diagnosticadas. O tempo de diagnóstico de DM, embora seja variável importante em

investigações que abordam os construtos em estudo, por decisão dos autores não constou nos critérios de inclusão.

Os participantes foram abordados e informados sobre os objetivos da pesquisa, com orientações de benefícios e malefícios, leitura e solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os instrumentos são autoaplicáveis e tiveram preenchimento individual, em sala específica em virtude da consulta de enfermagem, com tempo de aplicação em média de 15 minutos. Para os que possuíam dificuldade de leitura, os instrumentos foram lidos pela pesquisadora e mais dois enfermeiros voluntários treinados, com adequação à linguagem dos entrevistados, conforme permitido pelas escalas (HJEMDAL; ROAZZI; DIAS; FRIBORG, 2015; QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009). Os instrumentos aplicados para coleta de dados foram:

Formulário composto por questões fechadas relacionado às variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação trabalhista, renda familiar; e clínicas: Índice de massa corporal-IMC[11], circunferência abdominal, pressão arterial, prática de exercício físico, glicemia capilar ao acaso e hemoglobina glicada (DIRETRIZES SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES-SBD, 2019-2020).

Escala de Resiliência para Adultos (RSA), desenvolvida por um grupo de pesquisadores da Noruega (HJEMDAL; FRIBORG; MARTINUSSEN; ROSENVINGE, 2001) para avaliar recursos protetores diante da adversidade que permitem a promoção da resiliência em adultos, tem versão validada para o Brasil (HJEMDAL; ROAZZI; DIAS; FRIBORG, 2015), com o alfa de Cronbach = 0,88. Composta por 33 questões de auto resposta, que avaliam seis fatores: percepção de si, futuro planejado, competência social, estilo estruturado, coesão familiar e recursos sociais. Os quatro primeiros fatores avaliam fatores de proteção em nível pessoal, os dois últimos em nível familiar e social. Utiliza uma escala diferencial semântica com variação de 1 a 7 pontos na qual cada item tem um atributo positivo e um negativo em cada extremidade do continuum da escala (HJEMDAL; FRIBORG; MARTINUSSEN; ROSENVINGE, 2001). Metade das questões é pontuada de forma reversa para reduzir os vieses de aquiescência. Pontuações mais altas indicam níveis mais altos de fatores protetores de resiliência.

Escala Diabetes-39 (D-39) desenvolvida em Cary (QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009)., determina qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com DM. Possui versão validada no Brasil, com alfa Cronbach= 0,917 (QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009). Composta de 39 questões de auto resposta que avaliam cinco dimensões: energia e mobilidade; controle do diabetes; ansiedade e preocupação; impacto social; funcionamento sexual; e um domínio de avaliação geral com duas questões, envolvendo auto percepção da QV e gravidade do diabetes, em escala de Likert variando de 1 a 7 pontos, sendo 1 = QV absolutamente não afetada, e 7 = QV extremamente afetada, com escore total variando de 39 a 273, quanto mais elevado o escore, pior a percepção da qualidade de vida.

Foram utilizadas medidas estatísticas descritivas, a mediana, a média e o desvio-padrão para caraterização das variáveis quantitativas, e frequências absolutas e relativas (%) para caraterização das variáveis qualitativas, e técnicas estatísticas bivariadas e multivariadas para estudo das relações entre variáveis.

Aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade dos dados. Para o estudo da relação das caraterísticas sociodemográficas e clínicas com a resiliência (RSA) e a perceção da qualidade de vida (D-39) foram utilizados o Coeficiente de Correlação de Spearman, o Teste T de Student e a ANOVA. A correlação entre a resiliência e a qualidade de vida foi estudada pelo Coeficiente de Correlação de Spearman. Para o estudo dos fatores com influência na qualidade de vida foram utilizados modelos de regressão linear múltipla. Nesses modelos foram incluídas como variáveis independentes os fatores da RSA e as caraterísticas sociodemográficas e clínicas.

As escalas utilizadas (RSA e D-39) foram avaliadas pelo indicador de consistência interna Alfa de Cronbach. Em relação à RSA ainda não havia sido aplicada em pessoas com DM, a análise dos valores de Alpha de Cronbach, das correlações item-total corrigidas e dos valores de Alpha de Cronbach sem o item, levou à identificação de problemas na confiabilidade dos fatores da RSA. A opção foi retirar de cada fator os itens não correlacionados com o total da escala (correlação item-total inferior a 0,30) (HAIR; BLACK; BABIN, 2010) cuja retirada da escala melhorasse o valor de Alpha de Cronbach do fator a que pertence. O fator “estilo estruturado” (α=0,267) foi retirado da pesquisa, pois seus itens não estão correlacionados e a saída de itens não permitiria atingir níveis de consistência interna aceitável. O restante dos fatores, após a retirada de itens com os critérios antes descritos, apresentaram níveis de consistência interna aceitáveis e seus itens encontram-se correlacionados com o total da escala (correlação item-total corrigida maior do que 0,30) (HAIR; BLACK; BABIN, 2010). Novo estudo está em andamento para adaptação e melhor aplicabilidade da RSA para pessoas com DM.

Nos testes estatísticos inferenciais considerou-se nível de significância de 5%. A análise estatística foi realizada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22 para Windows.

Este estudo atendeu a Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regimenta pesquisas com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP).

RESULTADOS

A correlação entre D-39 total e RSA total (R=-0,330; $p<0,01$) foi negativa e estatisticamente significativa, indicando uma tendência de diminuição dos escores da D-39 (escores mais baixos indicam melhor perceção sobre a qualidade de vida) com o aumento dos escores da RSA, ou seja, os pacientes com maior resiliência têm uma melhor perceção

sobre a qualidade de vida. Esta tendência verifica-se em todas as correlações dos fatores da RSA com as dimensões da D-39, com exceção da correlação da questão geral "Perceção da qualidade de Vida Geral" da D-39 com os fatores da RSA. Neste caso, as correlações são próximas de zero e não significativas ($p > 0,05$). A outra questão geral "Perceção da gravidade do diabetes" também negativamente correlacionado com os fatores da RSA, indicando que maiores níveis de resiliência estão associados uma perceção de menor gravidade dos diabetes (Tabela1).

Dimensões da D-39	Dimensões da RSA					
	RSA TOTAL	Perceção de si mesmo	Futuro Planejado	Competência Social	Coesão Familiar	Recursos Sociais
D-39 TOTAL	**-0,330****	-0,351**	-0,223**	-0,203**	-0,246**	-0,236**
Controle do diabetes	-0,267**	-0,309**	-0,193**	-0,172*	-0,181*	-0,197**
Ansiedade e preocupação	-0,312**	-0,340**	-0,238**	-0,200**	-0,227**	-0,206**
Sobrecarga social	-0,241**	-0,273**	-0,185**	-0,104^NS	-0,174*	-0,171*
Funcionamento sexual	-0,298**	-0,264**	-0,168*	-0,213**	-0,253**	-0,270**
Energia e mobilidade	-0,296**	-0,305**	-0,183**	-0,193**	-0,220**	-0,199**
Perceção qualidade de Vida Geral	0,069^NS	-0,012^NS	0,145^NS	0,019^NS	0,080^NS	0,020^NS
Perceção gravidade dos diabetes	-0,254**	-0,211**	-0,177*	-0,160*	-0,201**	-0,178*

Coeficiente de correlação de Spearman: ***p* < 0,01; **p* < 0,05, NS – não significativo (p > 0,05).

TABELA 1 – Correlações entre as dimensões de Qualidade de vida e Resiliência, Macapá-AP/Brasil, 2020 (n= 202).

Entre as variáveis sociodemográficas, a Percepção de Qualidade de Vida apresentou-se significativamente associada com o sexo ($p<0,001$), com o grau de escolaridade ($p=0,002$) e com a situação trabalhista ($p=0,002$). Quanto ao sexo, os homens (3,25±1,15) têm melhor percepção de qualidade de vida do que as mulheres (3,98±1,32). Os que trabalham (3,54±1,33) têm também melhor percepção de qualidade de vida do que os que não trabalham (4,02 ±1,25). Maior nível de escolaridade está associado a melhor percepção de qualidade de vida (R=-0,215). A resiliência só está significativamente associada com o grau de escolaridade. Neste caso, quanto maior o nível de escolaridade, mais elevados são os níveis de resiliência (R= 0,152, $p=0,031$) (Tabela 2).

VARIÁVEIS	Percepção de Qualidade de Vida (D-39)	Resiliência (RSA)
Sexo	**M±DP**	**M±DP**
Feminino	3,98 ± 1,32	4,73 ± 1,21
Masculino	3,25 ± 1,15	4,82 ± 1,30
Teste T Student	***p < 0,001***	*p = 0,628*
Idade (correlação)	R = 0,003 (***p*** = 0,963)	R = -0,063 (***p*** = 0,372)
Estado Civil	**M±DP**	**M±DP**

Casado(a)	3,74 ± 1,37	4,70 ± 1,25
União estável	3.82 ± 1,27	4,80 ± 1,41
Solteiro(a)	3,52 ± 1,39	4,81 ± 1,31
Viúvo(a)	3,87 ± 1,19	4,94 ± 0,87
Divorciado(a)	3,92 ± 1,28	4,57 ± 1,20
ANOVA	*p = 0,892*	*p = 0,862*
Escolaridade (correlação)	R = -0,215 (***p* = 0,002**)	R = 0,152 (***p* = 0,031**)
Situação Trabalhista [(1)]	**M±DP**	**M±DP**
Não trabalhador	4,02 ± 1,25	4,77 ± 1,07
Trabalhador	3,54 ± 1,33	4,76 ± 1,36
Teste T Student	***p = 0.009***	*p = 0,956*
Renda Familiar (correlação)	R = -0,053 (***p* =** 0,450)	R = -0,034 (***p* =** 0,632)

Não trabalhador: do lar, aposentado (a), pensionista ou desempregado(a); trabalhador: no mercado formal ou informal.

Tabela 2 - Correlações entre variáveis sociodemográficas, fatores de resiliência e dimensões de qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus, Macapá-AP/Brasil, 2020 (n = 202).

Os dados relacionados à condição clínica, o IMC, a pressão arterial e a circunferência da cintura, não apresentaram correlação nem com a percepção de qualidade de vida nem com a resiliência ($p > 0,05$). Os resultados mostram que o aumento da GCA (R = 0,252; $p < 0,001$) e da HbA1C (R = 0,127; $p = 0,073$) está correlacionado com uma percepção de pior qualidade de vida. Observa-se ainda uma tendência de diminuição da resiliência com o aumento da GCA (R = -0,127; $p = 0,072$) e da HbA1C (R = -0,159; $p = 0,024$).

VARIÁVEIS	Percepção de Qualidade de Vida (D-39)	Resiliência (RSA)
IMC	**M±DP**	**M±DP**
Baixo Peso	3,99 ± 1,46	5,06 ± 0,70
Adequado ou Eutrófico	3,86 ± 1,31	4,58 ± 1,11
Sobrepeso	3,79 ± 1,28	5,02 ± 1,18
Obesidade I	3,52 ± 1,47	4,49 ± 1,48
Obesidade II	3,88 ± 0,91	4,48 ± 1,38
Obesidade III	3,17 ± 1,46	5,01 ± 0,85
ANOVA	*p = 0,671*	*p = 0,156*
Circunferência da cintura	**M±DP**	**M±DP**
Normal	3,53 (1,41)	4,71 (1,21)
Com risco aumentado	3,78 (1,40)	4,77 (1,25)
Teste T Student	*p = 0,389*	*p = 0,820*
Pressão arterial	**M±DP**	**M±DP**
Ótima	3,84 ± 1,29	4,77 ± 1,21

Normal	3,63 ± 1,39	4,88 ± 1,27
Limítrofe	4,11 ± 1,21	4,95 ± 0,82
Hipertensão estágio 1	3,74 ± 1,27	4,77 ± 1,30
Hipertensão estágio 2	3,54 ±1,63	3,88 ± 1,27
Hipertensão estágio 3	3,77 ± 1,27	4,54 ± 1,07
ANOVA	*p = 0,850*	*p = 0,282*
Pratica exercício físico	**M±DP**	**M±DP**
Não	4,01 ± 1,28	4,65 ± 1,20
Sim	3,32 ± 1,26	4,94 ± 1,28
Teste T Student	***p < 0,001***	*p = 0,101*
GCA (correlação)	R = 0,252 (***p* < 0,001**)	R = -0,127 (*p* = 0,072)
HbA1C (correlação)	R = 0,127 (*p* = 0,073)	R = -0,159 (***p* = 0,024**)

Tabela 3 - Correlações entre variáveis clínicas, resiliência e qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus, MACAPÁ-AP/Brasil, 2018 (n = 202).

O estudo da correlação multivariada das variáveis da pesquisa com a percepção da qualidade de vida utilizou modelos de regressão linear múltipla. Em cada modelo, a variável dependente foi a “D-39 total”, cuja distribuição foi normal (Kolmogorov-Smirnov: $p > 0,200$). Em todos os modelos de regressão apresentados, foram verificados e validados os pressupostos da normalidade da distribuição dos resíduos e a homogeneidade das variâncias dos resíduos.

Num primeiro modelo de regressão linear múltipla foram incluídas como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas e clínicas cuja associação com a “D-39 total” foi significativa nas análises univariadas. Neste modelo, foi utilizado o método *setpwise* de forma a manter no modelo final apenas as variáveis significativamente associadas com a percepção com a qualidade de vida (“D-39 total”) (Tabela 4).

O modelo permitiu identificar quatro variáveis significativamente associadas com a percepção sobre a qualidade de vida: sexo ($p = 0,001$), Glicemia Capilar ao Acaso ($p = 0,007$), Atividade Física ($p = 0,008$) e Grau de escolaridade ($p = 0,016$). A análise dos coeficientes de regressão leva a concluir que as mulheres têm uma pior percepção da qualidade de vida (B = 0,643; β = 0,228); o aumento da Glicemia Capilar ao Acaso está associado com a diminuição da qualidade de vida (B = 0,002; β = 0,183); os praticantes de atividade física têm melhor qualidade de vida (B = -0,484; β = -0,179) e o aumento do nível de escolaridade está associado com melhor qualidade de vida (B = -0,097; β = -0,158).

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Coeficientes de regressão		*P*
	Estandardizado (β)	Não estandardizado (B)	
Sexo (Feminino)	0,228	0,643	0,001
Glicemia Capilar ao Acaso	0,183	0,002	0,007
Atividade Física (Sim)	-0,179	-0,484	0,008
Grau de escolaridade	-0,158	-0,097	0,016

Variável dependente: D-39 total; $F (4, 197) = 10,957$; $p < 0,001$; $R^2 = 18,2\%$. Variáveis excluídas (não significativas): idade, situação trabalhista, hábito de vida, terapêutica utilizada, HbA1C.

Tabela 4 - Associação entre Qualidade de Vida (D-39 total) e variavies sociodemográficas e clínicas de pessoas com Diabetes Mellitus, Macapá-AP/Brasil, 2020 (n = 202)

O segundo modelo de regressão estudou a influência da resiliência na percepção sobre a qualidade de vida, e quais dos fatores têm mais influência. Aplicados dois modelos de regressão linear: Modelo A - a variável RSA total como variável independente. Modelo B - os fatores da RSA como variáveis independentes. Em ambos os modelos o efeito destas variáveis foi ajustado para o Sexo, Glicemia Capilar ao Acaso, Atividade Física e Grau de escolaridade (significativas no modelo 1) (Tabela 5).

Os resultados do modelo A mostram que a resiliência tem um efeito significativo na percepção da qualidade de vida ($p < 0,001$). A análise dos coeficientes de regressão (B = -0,247; β = -0,233) leva a concluir que o aumento do escore da RSA total leva a diminuição do escore da D-39 total, ou seja, quanto maior a resiliência, maior a qualidade de vida. Do modelo B conclui-se que apenas o fator "Percepção de si mesmo" tem efeito negativo significativo na percepção da qualidade de vida (p=0,007), indicando que escores elevados deste fator estão associados com escores baixos da D-39 total, ou seja, quanto maior a resiliência associada ao fator "Percepção de si mesmo", maior a qualidade de vida.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Coeficientes de regressão		*P*
	Estandardizado (β)	Não estandardizado (B)	
MODELO A			
RSA total	-0,233	-0,247	< 0,001
Variável dependente: D-39 total; $F (5, 196) = 12,006$; $p < 0,001$; $R^2 = 23,4\%$			
MODELO B			
Percepção de si mesmo	-0,258	-0,223	0.007
Futuro Planejado	-0,087	-0,091	0,223
Competência Social	0,020	0,016	0,826
Coesão Familiar	0,052	0,045	0,646
Recursos Sociais	-0,032	-0,025	0,798

Variável dependente: D-39 total; F (9, 192) = 7,507; $p < 0,001$; R^2 = 26,0%

Modelos ajustados para o Sexo, Glicemia Capilar ao Acaso, Atividade Física e Grau de escolaridade (variáveis significativas no Modelo 1).

Tabela 5 -Associação entre Qualidade de Vida (D-39 total) e Resiliência (RSA) de pessoas com Diabetes Mellitus, Macapá- AP/Brasil, 2020 (n = 202).

DISCUSSÃO

O escore total da RSA com o escore total da D-39 foi negativo e estatisticamente significativo evidenciando correlação entre os fatores de resiliência e percepção de qualidade de vida. Estes resultados convergem com os resultados do estudo realizado no Paquistão (NAWAZ; MALIK; BATOOL, 2014), que constatou correlação de reciprocidade entre resiliência e QV, indicando que maior resiliência pode levar a melhor enfrentamento da adversidade, resultando em melhor QV das pessoas com DM. O estudo também evidenciou que a resiliência prediz a QV, mas, a QV não prediz a resiliência[13]. Estudo realizado no Arizona (PERFECT; JARAMILLO,2012) revelou que o domínio ambiente de QV relacionou-se estatisticamente com todos os domínios da escala de resiliência, apresentando-se como o componente mais importante para a resiliência.

Examinando a produção científica sobre QV de pessoas com DM no Brasil, constatou-se escassez de trabalhos publicados, entretanto, associado ao construto resiliência, não foi encontrado nenhum estudo. Foram identificados estudos de resiliência em pessoas com DM, nos quais foi identificada associação estatística entre resiliência e adesão ao tratamento (RECKZIEGEL *et al*., 2018) e, também, pessoas diagnosticadas com DM tiveram melhores escores de resiliência quando comparadas a pessoas com doença renal crônica (BÖELL; SILVA; HEGADOREN, 2016).

A análise multivariada evidenciou que a percepção sobre qualidade de vida estava associada ao sexo, grau de escolaridade, glicemia capilar e atividade física. No presente estudo foi constatado que o sexo feminino apresenta pior qualidade de vida que o sexo masculino, em consonância com a literatura, o sexo predisse maior impacto do diabetes nos domínios do D-39, estando o sexo feminino associado a pior percepção da QV (MNGOMEZULU; YANG, 2015; TONETTO; BAPTISTA; GOMIDES; PACE; 2019; CHEN *et al* 2015) ou seja, a QVRS é melhor entre homens, eles apresentam maior satisfação com o tratamento para o controle do diabetes, perdem menos dias de trabalho e menos atividades de lazer como resultado do DM. Além disso, os homens relatam menos impacto da doença sobre o seu cotidiano (DAYA; BAYAT; RAAL, 2016).

Em concordância com estudos antecedentes (MACHADO-ALBA; MEDINA-MORAES; ECHEVERRI-CATAÑO, 2016; MOTA *et al*., 2020; STOPA *et al.,* 2019) este estudo também identificou baixo grau de escolaridade na população estudada, o que afeta de forma estatisticamente significativa e se constitui um dos principais fatores relacionados à qualidade de vida. O baixo grau de escolaridade caracteriza condição social desfavorável

que contribui de maneira negativa para o acesso ao serviço e a educação em saúde, impossibilita adoção de atitudes saudáveis e a compreensão de orientações importantes para o controle metabólico e da doença, influencia a não adesão ao tratamento do diabetes. Considerando a complexidade do tratamento do DM, a educação em diabetes é o pilar para o autogerenciamento e o controle da doença, de modo que a pessoa adquira e promova sua qualidade de vida (CORRÊA *et al*., 2017), estudos (NAWAZ; MALIK; BATOOL,2014; NYANZI; WAMALA; ATUHAIRE, 2014) indicam uma relação negativa entre anos de educação formal e o nível atual de glicose, sugerindo que a educação desempenha um papel positivo no gerenciamento do diabetes. Portanto, o grau de escolaridade é preditor da qualidade de vida em pessoas com DM (NYANZI; WAMALA; ATUHAIRE,2014).

Outra variável preditora de qualidade de vida foi o nível de glicemia capilar ao acaso-GCA, glicose sanguínea do momento atual. Neste estudo, as taxas de GCA estavam acima do que é aceitável condizente com controle inadequado, estando associada com a percepção de pior qualidade de vida. Esta variável, quando alterada, está associada com QV reduzida, sendo a hiperglicemia em longo prazo causa complicações, como disfunções e insuficiência de órgãos alvos, logo influencia de forma negativa na qualidade de vida (MACHADO-ALBA; MEDINA-MORAES; ECHEVERRI-CATAÑO, 2016; ANGHEBEM *et al.* 2018; MEDEIROS; MEDEIROS; MORAIS; ROLIM, 2016) e ainda, apresenta relação negativa com todas as dimensões da qualidade de vida, exceto na dimensão social (NAWAZ; MALIK; BATOOL,2014).

A atividade física tem uma forte relação com a melhoria da qualidade de vida, pois melhora o bem-estar físico e psicológico (OWER *et al*., 2019). Nesse estudo, os dados revelaram que pequena parcela pratica exercício físico, contudo, na análise multivariada, esta variável se mostrou preditora de melhor percepção de qualidade de vida em pessoas com DM. Estudos (NAWAZ; MALIK; BATOOL, 2014; ÇOLAK *et al.*2016) demonstram a atividade física como diferencial entre os que praticam e os que não praticam atividade, comprovando que a mesma tem um impacto positivo na qualidade de vida.

Existe um efeito direto da atividade física na qualidade de vida e um efeito indireto mediado pela resiliência, portanto, evidencia relação entre a atividade física, resiliência e qualidade de vida (OWER et al.,2019). Estudo entre adultos no Teerã –Irã a associação entre atividade física e qualidade vida relacionado a saúde, revelou que pessoas com níveis mais altos de atividade física relataram melhor QVRS em diferentes domínios (JALALI-FARAHANI *et al*.,2020).

No modelo 2 da análise de regressão linear múltipla, os resultados do modelo A constaram que a resiliência tem um efeito significativo na percepção da qualidade de vida. No modelo B, constata-se que apenas o fator "Percepção de si mesmo" tem um efeito significativo na percepção da qualidade de vida. Quanto maior é a resiliência associada à dimensão "Percepção de si mesmo", maior é a qualidade de vida.

O fator Percepção de si mesmo refere-se à confiança da pessoa nas próprias capacidades, à expressão de autoeficácia e a uma visão positiva e realista de si mesmo

(SBD, 2019-2020). Esse fator estimula o desenvolvimento de habilidades para viver com a condição crônica do diabetes e influencia o estado de saúde-doença. Associações positivas entre autoeficácia (descrita nesse fator) e qualidade de vida, pois, autoeficácia se relaciona a maior bem-estar do paciente, aumenta suas capacidades e habilidades para enfrentar diferentes situações da vida (ALCEDO; SOTELDO; OROPEZA, 2016). Estudo no Reino Unido a autoeficácia apresentou uma relação covariada ajustada significativa com o escore de QV (B = -376, p <0,0001), significando, pessoas com DM com maior grau de autoeficácia em lidar com o diabetes tiveram melhor QV (BOWEN et al.,2015).

A identificação de fatores protetores de resiliência associados à qualidade de vida, pode contribuir no planejamento e implementação de cuidados nos serviços de saúde na atenção primária, para o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde e qualidade de vida qualificando o atendimento, prevenindo complicações e promovendo a qualidade de vida dessa população. Além disso, amplia conhecimentos sobre a temática, visto que a literatura disponível é insuficiente, em especial no Brasil, onde ainda são incipientes as pesquisas sobre resiliência e qualidade de vida em pessoas com DM.

Esses resultados estão sujeitos a limitações, por se tratar de um estudo transversal para estudar a relação entre dois construtos, multidimensionais e subjetivos, o que dificulta extrair inferências causais para as associações entre os construtos, o que fragiliza em parte a relação estabelecida entre resiliência e qualidade de vida. Além disso, este estudo é o primeiro a utilizar a escala RSA em pessoas com diabetes mellitus, e a escassez de estudo relacionado a temática impediu a comparação com outra população de forma mais precisa. Apesar destas possíveis limitações e considerando-se a iniciativa em relacionar os construtos de resiliência e qualidade de vida em adultos com diabetes, sugere-se que futuras pesquisas sejam realizadas, com arranjos metodológicos longitudinais, para melhor avaliar essa relação.

CONCLUSÃO

Os resultados revelaram a importância de mensurar os dois construtos, pois demonstraram entre eles correlação negativa significativa. Que as variáveis sexo, grau de escolaridade, atividade física e glicemia capilar ao acaso se apresentaram significativamente associadas com a percepção da qualidade de vida, que a resiliência tem efeito significativo na percepção da qualidade de vida, que apenas o fator de resiliência “Percepção de si mesmo” tem efeito significativo na percepção da qualidade de vida, quanto maior a resiliência associada ao fator “Percepção de si mesmo”, maior a qualidade de vida. Constatou-se que os dois construtos, devem ser considerados na construção de planejamento e implementação de cuidados nos serviços de saúde na atenção primária, como forma de assegurar o quanto possível o desenvolvimento de estratégias promotoras de saúde e qualidade de vida nas pessoas com DM.

REFERÊNCIAS

1.ALCEDO, J.M.G.; SOTELDO, L.R.P.; OROPEZA, J.C.M. Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. **Revista Cubana Salud Publica**. v.42, n. 2, p.193-203, 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2016.v42n2/193-203/es. Acesso em:5 de junho de 2020.

2. ANGHEBEM, M.I. *et al.* Correlação entre valores de glicemia média estimada e glicemia em jejum. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. v.50; n.4; p. 358-64, 2018.DOI: 10.21877/2448-3877.201900832.Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/995989/rbac-vol-50-4-2018-ref-832.pdf. Acesso em: 25 de julho de 2020.

3. BAHREMAND, M. *et al.* Relationship Between Family Functioning and Mental Health Considering the Mediating Role of Resiliency in Type 2 Diabetes Mellitus Patients. **Global Journal of Health Science**. v.7, n.3, p.254-59, 2015. DOI: 10.5539/gjhs.v7n3p254. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4802084/. Acesso em: 22 de junho de 2020.

4.BÖELL, J.E.W.; SILVA, D.M.G.V.; HEGADOREN, K.M. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** v.24 p.e2786, 2016. DOI: 10.1590/1518-8345.1205.2786. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100408. Acesso em: 25 de maio de 2020.

5. BOWEN, P.G. *et al.* M. Associations of social support and self-efficacy with quality of life in older adults with diabetes. **Journal of Gerontological Nursing**. v.41, n.12, p.21-29, 2015. DOI:10.3928/00989134-20151008-44. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4753825/. Acesso em: 29 de julho de 2020.

6. CHEN, G. *et al*. Diabetes and quality of life: comparing results from utility instruments and Diabetes-39. **Diabetes Research and Clinical Practice**. v.109, n.2, p.326-33, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26013567/. Acesso em: 26 de maio de 2020.

7. ÇOLAK, T.K. *et al*. Association between the physical activity level and the quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus. **Journal Physical Therapy Science**. v.28, n.1, p.142–147, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755992/. Acesso em 22 de junho de 2020.

8. CORRÊA, K. *et al*. Quality of life and characteristics of diabetic patients. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.22, n.3, p.921-930, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/bw4wSmq63c6nSxTqthwKz8J/?lang=en, Acesso em: 26 de maio de 2020.

9. DAYA, R.; BAYAT, Z.; RAAL, F.J.; Effects of diabetes mellitus on health-related quality of life at atertiary hospital in South Africa: A cross-sectional study. **S Afr Medicine Journal.** v.106, n.9, p.918-28, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27601120/. Acesso em: 26 de junho de 2020.

10. **DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES** 2019-2020. São Paulo: Clannad Editora Científica. 2020, 490p. Disponível em: https://www.diabetes.org.br/ profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf. Acesso em: 22 de maio de 2020.

11. FAUL, F.; ERDFELDER, E.; LANG, A.G.; BUCHNER, A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, v.39, n.2, p.175-191, 2007. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17695343/. Acesso em 22 de maio de 2020.

12. HAIR, J. F. J., BLACK, W. C., BABIN, B. J., ANDERSON, R. E. Multivariate Data Analysis – International Edition, 7th Edition, New Jersey:Pearson Education, 2007.

13.HJEMDAL, O.; ROAZZI, A.; DIAS, M.G.B.B.; FRIBORG, O. The cross-cultural validity of the Resilience Scale for Adults: a comparison between Norway and Brazil. **BMC Psychol**ogy. v.3, n.18, p. 01-09, 2015. Disponível em: https://bmcpsychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-015-0076-1. Acesso em: 15 de maio de 2020.

14. HJEMDAL, O.; FRIBORG, O.; MARTINUSSEN, M.; ROSENVINGE, J. H. Preliminary results from the development and validation of a Norwegian scale for measuring adult resilience. **Journal of the Norwegian Psychological Association**. v.38, n.4, p.310–317, 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284651988_. Acesso em: 15 de maio de 2020.

15.INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION**, Atlas de la Diabetes de la FID**, 9 ed, 2019; Disponível em: https://www.diabetesatlas.org/en/. Acesso em: 25 de maio de 2020.

16. JALALI-FARAHANI, S. *et al.* Association of leisure and occupational physical activities and health-related quality of life: Tehran Lipid and Glucose Study. **Health and Quality of Life Outcomes**. v.18, n.13, p.01-09. 2020. Disponível em: https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-1272-0. Acesso em: 25 de junho de 2020.

17.MACHADO-ALBA, J.E.; MEDINA-MORAES, D.A.; ECHEVERRI-CATAÑO, L.F. Evaluation of the quality of life of patients with diabetes mellitus treated with conventional or analogue insulins**. Diabetes Research and Clinical Practice**. 2016; v.27, v.116, p.237-43, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27321341/. Acesso em: 26 de junho de 2020.

18.MEDEIROS, L.S.S.; MEDEIROS, L.S.S.; MORAI, A.M.B.; ROLIM, L.A.D.M.M. Importância do controle glicêmico como forma de prevenir complicações crônicas do diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Análises Clínica**. v.48, n.3, p.262-7, 2016. Disponível em: http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2016/11/ARTIGO-13_RBAC-48-3-2016-ref.-397.pdf. Acesso em: 12 maio de 2020.

19. MNGOMEZULU, N.; YANG, C.C. Quality of life and its correlates in diabetic outpatients in Swaziland. **International Health.** v.7, n.6, p.464-71, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25858279/. Acesso em 22 de junho de 2020.

20. MOTA, T.A. et al. Factors associated with the functional capacity of elderly individuals with hypertension and/or diabetes mellitus**. Revista da Escola Anna Nery**. v.24, n.1, p.01-07, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/5pwMcHnnr4JzgtQdvZ5WjBG/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 26 de maio de 2020.

21.NAWAZ, A.; MALIK, J.A.; BATOOL, A. Relationship Between Resilience and Quality of Life in Diabetics. **Journal Coll Physic Surg Pak**. v.24, n.9, p.670-5, 2014.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25233974/. Acesso em: 26 de junho de 2020.

22. NYANZI, R.; WAMALA, R.; ATUHAIRE, L.K. Diabetes and Quality of Life: A Ugandan Perspective. **Journal of Diabetes Research.** 2014 v.14, s/n, p.01-09. Disponível em: https://www.hindawi.com/journals/jdr/2014/402012/. Acesso em: 22 de junho de 2020.

23.OWER, C. *et al*. The effect of physical activity in an alpine environment on quality of life is mediated by resilience in patients with psychosomatic disorders and healthy controls. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**. v.269, n.5, p.543–553, 2019.Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6611889/. Acesso em: 22 de junho de 2020.

24.PERFECT, M.M.; JARAMILLO, E. Relations Between Resiliency, Diabetes-Related Quality of Life, and Disease Markers to School-Related Outcomes in Adolescents With Diabetes. **School Psychology Quarterly.** v.27, n.1, p.29-40, 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22582934/. Acesso em 22 de junho de 2020.

25. PESANTES, M.A.*et al*. Resilience in Vulnerable Populations With Type 2 Diabetes Mellitus and Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Canadian Journal Cardiology.** v.31, n.9, p.1180–1188, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556590/. Acesso em: 30 de maio de 2020.

26.QUEIROZ, F.A.; PACE, A.E.; SANTOS, C.B. Cross-Cultural adaptation and validation of the instrument Diabetes – 39 (D-39): Brazilian version for type 2 Diabetes Mellitus patients – Stage 11. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** v.17, n.5, p.708-715, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/34ggKvtHwbcYZNVhzMJK6xL/?lang=en. Acesso em 20 de maio de 2020.

27.RECKZIEGEL, J.C.L.; *et al.* Influência de fatores de proteção e de risco na resiliência e na adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus em Mulheres. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde.** v.7, n.1, p. 25-39, 2018. Disponível em: https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1602/757. Acesso em: 20 de maio de 2020.

28. STOPA, S.R. *et al.* Health services utilization to control arterial hypertension and diabetes mellitus in the city of São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.22, n.(E190057), p.1-14, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Sjz7vdZ3DFHZppt5H8b6cSv/?lang=en&format=pdf. Acesso em: 22 de maio de 2020.

29. TONETTO, I.F.A.; BAPTISTA, M.H.B.; GOMIDES, D.S.; PACE, A.E. Quality of life of people with diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**. v.53, n.e03424, 2019.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30726340/. Acesso em: 30 de junho de 2020.

30. VICENTE, M.C. *et al.* Resilience and self-care of elderly people with diabetes mellitus. **Revista Rene.** v. 20, n. e33947, 2019. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33947/pdf. Acesso em: 22 de junho de 2020.

CAPÍTULO 12

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DAS IST'S: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 10/01/2022

Thalyson Pereira Santana
Enfermeiro Graduado pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA
Bacabal/MA
http://lattes.cnpq.br/3594457187155118

David Wesley de Sousa Pinto
Biomédico Patologista Clínico Graduado pelo Faculdade Estácio
São Luís/MA
http://lattes.cnpq.br/1442003539937051

Pâmela Carolinny Coelho da Silva
Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA
Bacabal/MA
http://lattes.cnpq.br/2774799539832030

Alinne Nascimento de Sousa
Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA
Bacabal/MA
http://lattes.cnpq.br/4930325243098240

Raquel de Araújo Fernandes
Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA
Bacabal/MA
http://lattes.cnpq.br/6365752862653028

Hellen Laryssa Carvalho da Silva
Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA
Bacabal/MA
http://lattes.cnpq.br/2871554698866423

Jehmeson Ramon dos Santos de Matos
Enfermeiro Graduado pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA
Bacabal/MA
http://lattes.cnpq.br/8944201583629140

Ester da Silva Caldas
Professora de Educação Física Graduado pela Faculdade Estácio
São Luís/MA
Especialista em Treinamento Desportivo e em Gestão e Tutoria
http://lattes.cnpq.br/7160045380269302

Ana Cláudia Mororó de Sousa
Enfermeira Graduada pela Faculdade de Educação São Francisco - FAESF
Pedreiras/MA
http://lattes.cnpq.br/8703422408417086

Aline Vitória Castro Santos
Enfermeira Graduada pela Faculdade FACAM
São Luís/MA
http://lattes.cnpq.br/4096834468277200

John Lucas dos Santos de Matos
Enfermeiro Graduado pela Faculdade Pitágoras
Bacabal/MA
http://lattes.cnpq.br/2103590258863637

Abraão Lira Carvalho
Enfermeiro Graduado pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA
Bacabal/MA
http://lattes.cnpq.br/9452792088266844

RESUMO: As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST´s) são um problema de

saúde pública, com mais de um milhão de pessoas acometidas. São transmitidas através contato sexual, por via sanguínea, e por transmissão vertical durante a gestação, parto e amamentação. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada no projeto de intervenção através de ações educativas e preventivas às IST's**. Método:** Trata-se de um relato de experiência do projeto de intervenção elaborado durante a disciplina de saúde família, por acadêmicos de enfermagem, biomedicina e Ed. Física. Desenvolvido no povoado Mata Fome na cidade de Bacabal –MA em parceria com os profissionais da Unidade de Básica de Saúde. Realizada em 3 etapas, na 1º etapa: um ciclo de palestras, a 2º etapa foi constituída pela oferta de testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e C aos que desejassem voluntariamente, a 3º etapa foi a orientação individual, enfatizando imunização da hepatite B, além da distribuição de camisinhas femininas e masculinas. **Resultados e Discussão:** Quanto a 2º e 3º etapas foram realizados 25 testes, sendo que destes não houve resultado reagente/positivos para HIV e hepatite B, porém puderam-se constatar 2 pessoas infectadas, sendo um reagente para Sífilis e outro reagente para Hepatite C. Todos foram orientados individualmente e foi dado encaminhamento para seguimento na rede de atenção à saúde para atendimento integral/ tratamento e acompanhamento. **Considerações Finais:** Este trabalho de intervenção atingiu suas metas sendo um projeto acadêmico capaz de dar retorno a comunidade, e de intervir na saúde através da prevenção primária, secundária e terciária presente nas ações desenvolvidas. Destaca-se a importância da intersetorialidade, integração entre a universidade e os serviços de saúde especialmente a atenção primária para identificação de problemas e intervenções voltadas para uma assistência de qualidade e integral voltada para as reais necessidades da população.
PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde; Doenças sexualmente transmissíveis; Atenção Primária à Saúde; Prevenção e Controle.

HEALTH EDUCATION IN THE PREVENTION OF STI'S: A REPORT OF EXPERIENCE

ABSTRACT: Sexually Transmitted Infections (STIs) are a public health problem, with more than one million people affected. They are transmitted through sexual contact, through the blood, and by vertical transmission during pregnancy, childbirth and breastfeeding. **Objective:** To report the experience lived in the intervention project through educational and preventive actions to STIs**. Method:** This is an experience report of the intervention project elaborated during the family health discipline, by nursing, biomedical and physical education students. Developed in the Mata Fome village in the city of Bacabal –MA in partnership with professionals from the Basic Health Unit. Carried out in 3 stages, in the 1st stage: a cycle of lectures, the 2nd stage consisted of offering rapid tests for HIV, Syphilis, Hepatitis B and C For those who wanted to voluntarily, the 3rd stage was individual guidance, emphasizing immunization against hepatitis B, in addition to the distribution of female and male condoms. **Results and Discussion:** As for the 2nd and 3rd stages, 25 tests were performed, of which there were no reagent/positive results for HIV and hepatitis B, but 2 infected people could be found, one reagent for Syphilis and another reagent for Hepatitis C All were individually oriented and referred for follow-up in the health care network for comprehensive care/treatment and follow-up. **Final Considerations:** This intervention work achieved its goals as an academic project capable of giving feedback to the community, and intervening in health through

primary, secondary and tertiary prevention present in the developed actions. The importance of intersectoriality, integration between the university and health services, especially primary care, to identify problems and interventions aimed at quality and comprehensive care focused on the real needs of the population is highlighted.
KEYWORDS: Health education; sexually transmitted diseases; Primary Health Care; Prevention and Control.

1 I INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST´s) são um problema de saúde pública, com mais de um milhão de pessoas acometidas. São transmitidas através contato sexual, por via sanguínea, e por transmissão vertical durante a gestação, parto e amamentação (BRASIL, 2015).

A AIDS é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV (Human Immunodeficiency Vírus) (BRASIL, 2012). A sigla AIDS também deriva do inglês Acquired Immune Deficiency Syndrome. Segundo Bottega A, et al, a síndrome é um grupo de sinais e sintomas que, uma vez considerados em conjunto, caracterizam uma doença; imunodeficiência é a inabilidade do sistema de defesa do organismo humano para se proteger contra microrganismos invasores, tais como vírus, bactérias, protozoários, etc.; e adquirida, vem do fato de não ser congênita, como no caso de outras imunodeficiências (Bottega A, et al, 2016).

A transmissão da AIDS ocorre através de relações sexuais, da inoculação de sangue e derivados e da mãe infectada para o concepto (BELLENZANI R, 2012). A transmissão nas relações sexuais é bidirecional tanto nas relações heterossexuais como nas homossexuais, aumentando o risco de transmissão com a prática do intercurso anal, na presença de úlceras genitais e quando o estado de imunodeficiência do transmissor é mais avançado (RODRIGUES CML, ET AL, 2011). A presença de doenças sexualmente transmissíveis, a ausência de circuncisão e relações sexuais durante o período menstrual também aumentam a possibilidade de transmissão do HIV (PERETTO M, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, “a principal forma de exposição em todo o mundo é a sexual, sendo que a transmissão heterossexual, nas relações sem o uso de preservativo é considerada pela OMS como a mais frequente” (BRASIL, 2015). A exposição ao HIV por relações homossexuais ainda é a causa do maior número de casos nos países desenvolvidos, embora o aumento de contágio através das relações heterossexuais esteja aumentando proporcionalmente.

Segundo Reis CD, para que os indivíduos conheçam a doença, suas formas de transmissão e prevenção, faz-se necessário um trabalho de educação em saúde. Sabe-se também que tão importante quanto a terapia, são as campanhas de prevenção, que vêm contribuindo para a estabilização no progresso dessa epidemia no Brasil, “reduzindo em cerca de 50% da taxa de letalidade, nos últimos anos” (REIS CD, 2014)

2 | OBJETIVO

Relatar a experiência vivenciada no projeto de intervenção através de ações educativas e preventivas às IST's**.**

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência do projeto de intervenção elaborado durante a disciplina de saúde família, por acadêmicos de enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão – UEMA e biomedicina do Centro Universitário Estácio. Este foi desenvolvido no povoado Mata Fome na cidade de Bacabal – MA em parceria com os profissionais da Unidade de Básica de Saúde do Areal, sendo realizado em 3 etapas. Na 1º etapa foi realizada um ciclo de palestras para sensibilização e conscientização da comunidade. Durante as palestras foi estimulado a expressão das dúvidas por meio da confecção de bilhetes para que os usuários escrevessem suas perguntas mantendo-se anonimato. A 2º etapa foi constituída pela oferta de testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e C aos que desejassem voluntariamente, sendo estes realizados em ambiente reservado com atendimento individualizado. A 3º etapa foi a orientação individual, enfatizando imunização da hepatite B. E também a distribuição de camisinhas femininas e masculinas.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Cidade de Bacabal -MA, há uma Unidade Básica de Saúde (UBS Areal), que é responsável pelas famílias deste povoado, desenvolvendo atendimento em nível básico, principalmente para mulheres e crianças, ações de prevenção, como o pré-natal, atendimento ginecológico, incluindo exame preventivo de câncer, contracepção e distribuição de pílulas anticoncepcionais e injeções hormonais anticonceptivas, além de medicamentos para hipertensos e diabéticos. Esse ambulatório já realizou algumas atividades no povoado Mata Fome.

Podemos perceber que, na intervenção perpetrada pelos acadêmicos e profissionais na comunidade do povoado Mata fome, existia muita carência as informações sobre tais infecções. Neste povoado, há diversos casos diagnosticados de HIV, percebemos assim a falta de informações sobre o assunto abordado.

O público envolvido neste relato, mostrou-se bastante curiosos e interessados para saber sobre o assunto, principalmente das formas de contaminação prevenção, pois no público a qual ministramos a palestra possuem casos de familiares que convivem com portadores de HIV, e com esta intervenção puderam assim, relatar suas experiências vividas e o preconceito que ainda sofrem devido à falta de informações que aquela comunidade.

Logo após da realização da palestra ministrada pelos acadêmicos, os profissionais da saúde realizaram os testes rápido de diagnóstico de HIV com resultados entre 15 a

20 minutos, assim quem perpetrava o exame teria o seu resultado ainda no mesmo dia, incluindo também testes rápidos de Hepatites B, C e Sífilis.

Ao término dos testes, os profissionais que os executaram, pudera relatar aos acadêmicos que nenhum dos 25 testes realizados de HIV deram reagentes, porém quanto aos testes de Hepatite C e Sífilis, puderam constatar que dois dos 25 testes feitos tiveram resultados positivos, sendo um reagente de Sífilis e um reagente de Hepatite C.

Com este diagnostico os profissionais de saúde puderam dar as devidas orientações aos que realizaram os testes, mesmo não dando reagente puderam ficar mais atento a prevenção, e aos que deram reagentes (Hepatite C e Sífilis) procurar o mais rápido possível o UBS e tomar as medidas de tratamento da doença. Cada profissional que realizava o teste o mesmo dava o resultado de forma bem direta e em particular.

Muitos esforços têm sido feitos para a incorporação efetiva das ações de prevenção ao HIV e outras DST no âmbito da atenção à saúde, Atenção Básica é de fundamental importância para a promoção dessas ações, uma vez que possui uma rede de serviços capilarizada em todo o território nacional e suas equipes trabalham com enfoque na promoção da saúde, tendo uma grande inserção na comunidade.

5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde é fundamental para a formação de valores e atitudes que contribuem para sexualidade saudável e responsável. Observou-se que a comunidade enfrenta os mais diversificados problemas desde o conhecimento a acessibilidade aos serviços de saúde. Este trabalho de intervenção atingiu suas metas sendo um projeto acadêmico capaz de dar retorno a comunidade, e de intervir na saúde através da prevenção primária, secundária e terciária presente nas ações desenvolvidas. Destaca-se a importância da intersetorialidade, integração entre a universidade e os serviços de saúde especialmente a atenção primária para identificação de problemas e intervenções voltadas para uma assistência de qualidade e integral voltada para as reais necessidades da população.

REFERÊNCIAS

Bellenzani R, Santos OA, Paiva V. **Agente comunitárias de saúde e atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens naestratégia saúde da família**. Saúde Soc. 2012; 21(3):637-650.

Bottega A, Canestrin T, Rodrigues AM, Rampelotto FR, Santos OS, Silva CD, Horner R. **Abordagem das doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: revisão de literatura. Saúde (Santa Maria)**. 2016; 91-104.

Brasil. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e HIV: Versão preliminar**. Brasília: Ano IX. n. 1. Editora: Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Editora: Ministério da Saúde. Brasília, 2015.

Peretto M, Drehmer LBR, Bello HMR.**O não comparecimento ao exame preventivo do câncer de colo uterino: razoes declaradas e sentimentos envolvidos**. Cogitare Enferm. 2012; 17(1):29-36.

Reis CD, Almeida CAT, Coelho BA, Madeira FMA, Paulo AMI, Alves HR. **Estratégia saúde da família: atenção à saúde e vulnerabilidades na adolescência.** Revista Espaço para a Saúde. 2014; 15(1):47-56.

Rodrigues CML, Martiniano SC, Chaves PAE, Azevedo BL, Uchoa CAS. **Abordagem às Doenças Sexualmente Transmissíveis em Unidades Básicas a Saúde da Família.** Cogitare enferm. 2011; 16(1):63-9.

CAPÍTULO 13

ADESÃO E ATITUDES DE HOMOSSEXUAIS MASCULINOS ACERCA DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV

Data de aceite: 10/01/2022

João Felipe Tinto Silva
Enfermagem pelo Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão (UNIFACEMA)
Caxias – MA
http://lattes.cnpq.br/1402379688346535

José Mateus Bezerra da Graça
Enfermagem pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP)
Patos – PB
http://lattes.cnpq.br/6938565052177118

Vitaliano de Oliveira Leite Junior
Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
São Luís – MA
http://lattes.cnpq.br/4082601810613439

Layanne Cavalcante de Moura
Médica pela Faculdade Integral Diferencial (FACID)
Teresina – PI
http://lattes.cnpq.br/4379790218091130

Giovanni Rodrigues Moraes
Medicina pela Faculdade de Medicina do vale do Aço (UNIVAÇO)
Ipatinga – MG
http://lattes.cnpq.br/26958433405088500

Héverson Batista Ferreira
Enfermagem pela Universidade Potiguar (UnP)
Coicó - RN
http://lattes.cnpq.br/0603926127176842

Emanuel Osvaldo de Sousa
Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Traumato/Ortopédica pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
Teresina - PI
http://lattes.cnpq.br/9005969267255777

Robson Feliciano da Silva
Fisioterapia pelo Centro Universitário FACOL (UNIFACOL)
Vitória de Santo Antão - PE
http://lattes.cnpq.br/7890889314475551

Camila Freire Albuquerque
Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM)
Manaus - AM
http://lattes.cnpq.br/8656504550435514

Vitória Gabriele Barros de Araújo
Fisioterapia pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI)
Teresina - PI
http://lattes.cnpq.br/7972578061460141

Livia Karoline Torres Brito
Enfermeira. Residente Multiprofissional com Ênfase de Saúde da Mulher e da Criança pela Universidade Federal do Ceará (UFC)
Fortaleza - CE
http://lattes.cnpq.br/1744509748514083

Izabelle Ribeiro Maia Alves
Medicina pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES)
Ipatinga - MG
http://lattes.cnpq.br/3323069072949050

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) é descrita como um registro de prevenção ao HIV/aids, pautada no uso anterior a uma exposição de risco de drogas antirretrovirais na medida em que trata-se de uma intervenção biomédica, principalmente entre homossexuais masculinos, grupo populacional que se enquadra dentro dos segmentos que possuem maior chance de infecção, como bem definido às populações consideradas vulneráveis. **OBJETIVO:** Descrever a adesão e a atitudes dos homossexuais masculinos acerca da profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através dos descritores: Adesão à medicação; Minorias sexuais e de gênero; Profilaxia pré-exposição. Como critério de inclusão foram considerados: texto completo, idioma português, inglês e espanhol, que retratassem a temática em estudo, publicados com o recorte temporal de 2014 a 2021, e como critério de exclusão: textos repetidos, incompletos e que não respondiam ao tema proposto. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dentro da busca realizada foram identificados 44 artigos, e destes, apenas 07 artigos foram incluídos no estudo por melhor se enquadraram no objetivo proposto. Os estudos evidenciam que o risco percebido sobre o HIV é um determinante conhecido dos comportamentos de saúde, e pode ser aproveitado para promover a mudança de comportamento de risco de homossexuais masculinos. A promoção do conhecimento sobre o HIV e o PrEP entre homens que fazem sexo com homens engloba conhecimento relacionado à saúde, motivando o indivíduo a ter acesso a informações de saúde, normas de pares e intenções comportamentais. **CONCLUSÃO:** As práticas sexuais de maior risco para o HIV entre HSH se mostraram associadas ao interesse em usar PrEP assim como as altas taxas de adesão, apontando para uma alta efetividade da PrEP se direcionada para populações sob maior risco.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão à medicação; Minorias sexuais e de gênero; Profilaxia pré-exposição.

ADHESION AND ATTITUDES OF MALE HOMOSEXUALS ABOUT PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS (PREP) OF RISK TO HIV INFECTION

ABSTRACT: INTRODUCTION: Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) is described as a record of HIV/AIDS prevention, based on the use prior to an exposure to risk of antiretroviral drugs as it is a biomedical intervention, mainly among male homosexuals , a population group that fits into the segments that have a greater chance of infection, as well defined to populations considered vulnerable. **OBJECTIVE:** To describe the adherence and attitudes of male homosexuals about pre-exposure prophylaxis (PrEP) for risk of HIV infection. **METHODOLOGY:** This is an integrative literature review carried out in the Virtual Health Library (VHL) database, using the descriptors: Adherence to medication; Sexual and gender minorities; Pre-exposure prophylaxis. As inclusion criteria, the following were considered: full text, Portuguese, English and Spanish, which portrayed the theme under study, published with the time frame from 2014 to 2021, and as exclusion criteria: repeated, incomplete texts that did not respond to the theme proposed. **RESULTS AND DISCUSSION:** Within the search performed, 44 articles were identified, and of these, only 07 articles were included in the study because they best fit the proposed objective. Studies show that perceived HIV risk is a known determinant of health

behaviors, and can be used to promote change in the risk behavior of gay men. Promoting knowledge about HIV and PrEP among men who have sex with men encompasses health-related knowledge, motivating the individual to access health information, peer norms and behavioral intentions. **CONCLUSION:** Higher HIV risk sexual practices among MSM were associated with interest in using PrEP as well as high adherence rates, pointing to a high effectiveness of PrEP if targeted at higher risk populations.
KEYWORDS: Adherence to medication; Sexual and gender minorities; Pre-exposure prophylaxis.

1 | INTRODUÇÃO

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) é descrita como um registro de prevenção ao HIV/aids, estando pautada no uso anterior a uma exposição de risco de drogas antirretrovirais na medida em que trata-se de uma intervenção biomédica que tem recebido grande atenção nos últimos anos e que muitas versões dela parecem emergir de tal atenção (FERRARI, 2017). A PrEP está no centro do debate acerca das novas possibilidades de prevenção do HIV, aumentando o otimismo sobre o controle da epidemia globalmente (ZUCCHI *et al*., 2018).

O PrEP trata-se de um medicamento gratuito, disponível a partir do início de 2018 pelo sistema público de saúde no Brasil, e que se destina aos que desejam se proteger do vírus HIV e, consequentemente, da aids. É conhecido comercialmente como Truvada, e que deve ser ingerido diariamente como método preventivo (BRASIL, 2017).

A PrEP é caracteriza pela combinação de dois antirretrovirais (furamato de tenofovir e entricitabina - TDF/FTC - 300/200mg) que deve ser ingerida diariamente. Sua oferta integra a chamada prevenção combinada, no sentido de constituir um dos diversos procedimentos de caráter preventivo, tais como exames de testagem para o vírus, o uso regular de preservativos, o diagnóstico e tratamento de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), entre outros (BARP; MITJAVALI, 2020).

No Brasil, a epidemia de HIV/aids é direcionada em alguns segmentos populacionais que possuem maior chance de infecção, como bem definido às populações consideradas vulneráveis, como gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas trans e profissionais do sexo. Além disso, destaca-se o crescimento da infecção pelo HIV em adolescentes e jovens (BRASIL, 2018).

A homossexualidade masculina integra os grupos prioritários por meio das denominações de gay e homens que fazem sexo com homens (HSH), uma vez que esse grupo populacional apresenta alertas para fatores como a repetição de práticas sexuais sem o uso do preservativos; frequência de relações sexuais com parceiros casuais; quantidade e diversidade de parcerias sexuais etc., isto é, fatores associados à mesma noção de promiscuidade atribuída fortemente aos homossexuais masculinos o que instiga a pensar sobre os efeitos da PrEP na sua construção social (BARP; MITJAVALI, 2020).

2 I OBJETIVO

Descrever a adesão e a atitudes dos homossexuais masculinos acerca da profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV, segundo a literatura científica.

3 I METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, na qual as buscas foram realizadas entre setembro e outubro de 2021, através da base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde ocorreu uma seleção criteriosa no que diz respeito às obras utilizadas para o desenvolvimento desta revisão. Foram utilizados de modo associado e isolado os seguintes descritores: Adesão à Medicação, Minorias Sexuais e de Gênero, Profilaxia Pré-Exposição, localizados na lista dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), disponíveis no portal da BVS em (http://decs.bvs.br/). Tais descritores foram cruzados utilizando os operadores booleanos "AND" para obtenção dos critérios de inclusão e exclusão.

Para a revisão integrativa da literatura foram percorridas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos, categorização e avaliação dos artigos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento dos principais resultados evidenciados na análise dos artigos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Considerou-se como critério de inclusão, artigos completos disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol e artigos dentro do recorte temporal de 2014 a 2021 publicadas dentro das bases de dados elencadas, e como critério de exclusão artigos incompletos, duplicados e que não respondiam ao tema proposto.

4 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentro dessas buscas foram encontrados 44 artigos, porém, após a exclusão de achados duplicados e incompletos, restringiram-se a 13 publicações. Ao final das análises, apenas 07 estudos foram incluídos na revisão, por atenderem aos critérios de inclusão e melhor se adequarem ao objetivo proposto, analisados conforme delineamento do estudo (Tabela 1).

Biblioteca Virtual	Bases de Dados	Artigos encontrados	Artigos excluídos	Artigos selecionados	Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
BVS	MEDLINE	23	18	05	Artigos completos disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol e artigos dentro do recorte temporal de 2014 a 2021 publicadas dentro das bases de dados elencadas.	Artigos incompletos, duplicados e que não respondiam ao tema proposto.
	BDENF	09	08	01		
	LILACS	12	11	01		
	TOTAL	**44**	**37**	**07**		

Tabela 1: Distribuição das publicações selecionadas pela BVS entre setembro e outubro de 2021.

Fonte: Pesquisa realizada (2021).

Marins (2019) relata em seu estudo que o risco de aquisição do HIV entre homossexuais do sexo masculino em 2017 foi 28 vezes maior do que entre homens heterossexuais, e que os HSH representaram 57% das novas infecções por HIV na Europa Ocidental e Central e América do Norte; 41% das novas infecções na América Latina; mais de 25% das novas infecções na Ásia, Pacífico e Caribe; cerca de 20% das novas infecções na Europa Oriental, Ásia Central, no Oriente Médio e norte da África, e estima-se que 12% das novas infecções na África ocidental e central.

No estudo de Gamarel e Golub (2015), o conhecimento de um grupo acompanhado em sua pesquisa, em sua maioria homossexuais e HSH, demonstraram interesse em sexo sem preservativo, despreocupados independentemente da sua educação e idade com as intenções de adoção da PrEP. Em um modelo multivariado, apenas as motivações de idade, educação e intimidade para o sexo sem preservativo estiveram significativamente associadas às intenções de adoção da PrEP quanto ao HIV, mostrando o incentivo para sexo desprotegido e associando as intenções de adoção a PrEP.

Frankis et al. (2016) cita que o conhecimento muitas vezes é considerado insuficiente para adesão ao uso do PrEP, a aceitação reforça a necessidade de maior conscientização sobre do tratamento, para instituí-lo de forma mais acessível. Nesse quesito, John et al. (2017) em seu estudo demonstrou resultados em que houve uma resposta simplória quanto ao interesse dos homossexuais masculinos ao uso do PrEP e também por este grupo por não possuírem um atendimento nos serviços de saúde apropriado, para iniciar o tratamento com PrEP.

A eficácia da PrEP em pessoas em alto risco de contrair HIV tem sido demonstrada em diversos estudos. Os estudos realizados com HSH mostraram que pessoas que recebem PrEP tem uma menor probabilidade de se infectar com o HIV do que aqueles que

não a receberam (MARINS, 2019). Havendo evidências que o uso do antirretroviral para a sua prevenção diminui consideravelmente a incidência de aquisição do HIV.

As atitudes em relação à PrEP em homossexuais masculinos têm se misturado desde que o Truvada® (combinação de entricitabina/tenofovir utilizado no tratamento e prevenção do HIV/PrEP) foi aprovado pela primeira vez em 2012. No entanto, o estigma em torno do uso da PrEP, as preocupações devido efeitos colaterais de longo prazo, mensagens conflitantes dos provedores de serviços de AIDS e as ações judiciais e campanhas de desinformação nas mídias sociais possivelmente criam confusão sobre os benefícios da PrEP. Uma amostra de probabilidade nacional de homens gays e bissexuais sexualmente ativos, estimada 1 a cada 3 daqueles familiarizados com a PrEP, mantém atitudes favoráveis em relação à estratégia de prevenção em 2016 (HOLLOWAY *et al*., 2020).

Apesar do estigma e da confusão em relação aos benefícios da PrEP, estudos sugerem altos níveis de disposição para tomar PrEP entre homens homossexuais e HSH. Por exemplo, o estudo de Holloway *et al.* (2020) com jovens homossexuais do sexo masculino (idades entre 13 e 18 anos) demonstrou que mais de dois terços dos participantes do estudo tinham ouvido falar anteriormente sobre PrEP, e mais de 90% relataram vontade de fazer PrEP, com intuito de prevenir o HIV/Aidsb.

O risco percebido sobre o HIV é um determinante conhecido dos comportamentos de saúde, e pode ser aproveitado para promover a mudança de comportamento de risco de homossexuais masculinos. Essas e outras dimensões de acesso estão alinhadas com a promoção de saúde sobre os aspectos de prevenção e cuidados da PrEP. A promoção do conhecimento sobre o HIV e o PrEP engloba conhecimento relacionado à saúde, motivando o indivíduo a ter acesso a informações de saúde, normas de pares e intenções comportamentais. Esses são determinantes importantes da capacidade de uma pessoa de perceber uma necessidade e, por fim, acessar um serviço para adesão do cuidado (COX *et al*., 2021).

O conhecimento insuficiente dessa população é caracterizado pela falha nas políticas de implementação do tratamento e falta de conscientização do governo. É necessário proporcionar informações com capacidade, suficiente para aprovisionar ações assertivas, que possam abranger toda esta população. Acrescenta-se neste sentido a necessidade de permitir uma segmentação econômica adequada para os centros, clínicas e ambulatórios responsáveis pela implementação (ZHANG C, et al., 2016).

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se que as práticas sexuais de maior risco para o HIV entre homossexuais masculinos e HSH se mostraram associadas ao interesse em usar PrEP assim como as altas taxas de adesão, apontando para uma alta efetividade da PrEP se direcionada para populações sob maior risco e, consequentemente, para uma relação custo benefício

favorável a sua incorporação ao SUS.

Vista isso, é necessário que os pelos profissionais da saúde e gestores dos serviços de saúde desenvolvam estratégias de informação e educação em saúde acerca PrEP direcionadas para a população jovem e as populações vulneráveis e com menos oportunidade de educação, a qual a epidemia de HIV/Aids avança rapidamente.

Neste sentido, a adesão ao uso do PrEP como método de prevenção do HIV/Aids possibilitará a redução deste problema de saúde que apresenta cada vez mais altas taxas de ocorrência. Assim, a adesão aplicada ao conhecimento possibilitará uma melhor visão e atitude dos homossexuais acerca dos benefícios da utilização do PrEP.

REFERÊNCIAS

BARP, L.F.G.; MITJAVALI, M. R. **O reaparecimento da homossexualidade masculina nas estratégias de prevenção da infecção por HIV: reflexões sobre a implementação da PrEP no Brasil**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300319, p. 1-20, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

COX, J. *et al*. **Changes in Sexual Behavior, PrEP Adherence, and Access to Sexual Health Services Because of the COVID-19 Pandemic Among a Cohort of PrEP-Using MSM in the South**. J Acquir Immune Defic Syndr, v. 87, n. 1, p. 639-643, 2021.

FERRARI, F.C. **Biomedicalização da resposta ao HIV/Aids e o caso da emergência da PrEP: um ensaio acerca de temporalidades entrecruzadas**. Equatorial – Rev. do Prog. de Pós-Grad. em Antrop. Social, v. 4, n. 7, p. 131-160, 2018.

FRANKIS, J. et al. **Who Will Use Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) and Why? Understanding PrEP Awareness and Acceptability amongst Men Who Have Sex with Men in the UK – A Mixed Methods Study**. Plos one, v. 11, n. 4, e0151385, 2016.

GAMAREL, K.E.; GOLUB, S.A. **Intimacy Motivations and Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Adoption Intentions Among HIV-Negative Men Who Have Sex with Men (MSM) in Romantic Relationships**. Annals of Behavioral Medicine, v. 49, n. 2, p. 177-186, 2015.

HOLLOWAY, I. W. *et al***. Longitudinal trends in PrEP familiarity, attitudes, use and discontinuation among a national probability sample of gay and bisexual men, 2016-2018**. PLoS One, v. 15, n. 12, e0244448, p. 01-13, 2020.

JOHN SA, et al. **Home-based pre-exposure prophylaxis (PrEP) services for gay and bisexual men: An opportunity to address barriers to PrEP uptake and persistence**. Plos one, v. 12, n. 12, e0189794, 2017.

MARINS, L. M. S. **Adesão à profilaxia pré-exposição em homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transexuais em risco de contrair HIV**. Tese (Doutorado) – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Pós Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, 2019.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto & Contexto - Enfermagem. v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

ZHANG C, et al. **Stigma against People Living with HIV/AIDS in China: Does the Route of Infection Matter?**. Plos one, v. 11, n. 3, e0151078, 2016.

ZUCCHI, E.M. et al. **Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.34, n. 7, p. 1-16, 2018.

CAPÍTULO 14

ANALISAR O PERFIL QUALIFICADOR DO ENFERMEIRO PARA DEFINIR CONDUTAS APROPRIADAS DIANTE AS PACIENTES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL

Data de aceite: 10/01/2022
Data de submissão: 02/12/2021

Samara Nogueira De Sousa
Centro Universitário da Amazônia - UNAMA
Santarém, Pará
http://lattes.cnpq.br/3991764412104018
https://orcid.org/0000-0002-8921-3111

Valéria Nogueira Florentino
Centro Universitário da Amazônia
Santarém, Pará
http://lattes.cnpq.br/2375408918859324
https://orcid.org/0000-0002-2705-0687

Francisca Farias Cavalcante
Docente do Centro Universitário da Amazônia - UNAMA
Santarém, Pará
http://lattes.cnpq.br/3616236234301552
https://orcid.org/0000-0003-0827-4340

Lília Maria Nobre Mendonça de Aguiar
Enfermeira Lília Mendonça: prevenção, saúde e bem estar
Santarém, Pará
http://lattes.cnpq.br/3149704261770731
https://orcid.org/0000-0003-2786-2391

RESUMO: Introdução: A violência sexual contra mulher é um problema enfrentado todos os dias, por mulheres que são mães, profissionais, filhas, dona do lar, segundo estatística, seus principais agressores são membros familiares. **Objetivos:** O estudo em questão busca analisar o perfil qualificador do enfermeiro para definir condutas apropriadas diante a pacientes que sofreram violência sexual, entre os anos de 2018 a 2020 e, categoriza paciente que sofreu violência sexual, avaliar quantitativo de mulheres vítimas de violência sexual, traçar perfil e condutas do agressor. **Material e métodos**: Trata-se de um estudo bibliografico, os dados foram coletados através de artigos e registros de casos coletados do DATASUS. **Resultado e discussão:** A pesquisa foi realizada nos artigos e DATASUS, realizado nos anos de 2015 a 2020, mostram que depois da pandemia houve um aumento de casos de mulheres violentas, que possivelmente do isolamento onde as vítimas as se sentiam intimidadas por seus parceiros e não realizava a denúncia, a maioria das vezes a esperança está no enfermeiro, após o diagnóstico através do exame físico e declaração por parte da paciente, possa, conforme suas condutas profissionais acolherem-na. **Conclusão:** O estudo em questão identificou que a maioria das mulheres que sofreram violência sexual foi praticada pelos seus parceiros íntimos, que muitos dos casos essas mulheres aceitavam essa condição e permaneciam com eles, mesmo pós denunciar pode-se percebe que o motivo pelo qual elas permaneciam com os agressores, seria pelo fato de existe a dependência emocional ou financeira da paciente em relação ao seu parceiro.

PALAVRAS-CHAVE: Perfil do enfermeiro, violência sexual, Agressores.

ANALYZE THE QUALIFYING NURSE PROFILE TO DEFINE APPROPRIATE CONDUCT FACING PATIENTS WHO SUFFERED SEXUAL VIOLENCE

ABSTRACT: Introduction: Sexual violence against women is a problem faced every day by women who are mothers, professionals, daughters, housewives, according to statistics, their main aggressors are family members. **Objectives**: The study in question seeks to analyze the qualifying profile of nurses to define appropriate behaviors towards patients who have suffered sexual violence, between the years 2018 to 2020 and, categorizes patients who have suffered sexual violence, assess quantitatively of women victims of sexual violence, outline the aggressor's profile and behavior. **Material and methods**: This is a bibliographical study, data were collected through articles and case records collected from DATASUS**. Result and discussion**: The research was carried out in the articles and DATASUS, carried out in the years 2015 to 2020, show that after the pandemic there was an increase in cases of violent women, which possibly resulted from isolation where victims felt intimidated by their partners and did not make the complaint, most of the times the hope is in the nurse, after the diagnosis through the physical examination and declaration by the patient, they can accept it according to their professional conduct. **Conclusion**: The study in question identified that most women who suffered sexual violence were committed by their intimate partners, that many of the cases these women accepted this condition and remained with them, even after reporting it, it can be seen that the reason why they remained with the aggressors, it would be because the patient is emotionally or financially dependent on her partner.

KEYWORDS: Nurse profile, sexual violence, Aggressors.

1 I INTRODUÇÃO

Considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é uma doença complexa de curso lento e que ocasiona o desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). O HIV é um retrovírus associado à imunodeficiência progressiva de seu portador, com supressão de linfócitos T CD4+ e glóbulos específicos, o que acarreta ao paciente um grave e progressivo quadro de vulnerabilidade à neoplasias e infecções oportunísticas. (Christo, 2010; Lazzarotto, 2010).

As tentativas terapeuticas mais eficazes para a ação desse vírus no organismo humano, surgiram no início da década de 90 (Galvão, 2004). No Brasil, a principal estratégia de combate, e que gera resultados positivos, é a distribuição universal e gratuita de medicamentos antirretrovirais (TARV), tratamento vitalício, aos que necessitam de tratamento. (Polejack, 2008, Silva, 2013; Souza, 2019)

Quanto ao desenvolvimento de ações de controle e estratégias de intervenção ao vírus, os dados e informações de vigilância epidemiológica podem ser considerados essenciais. Os casos de Aids são notificados, de forma compulsória e descentralizada no Brasil, desde 1986 (Portaria MS n° 542, 1986). No entanto, somente a partir de 2000 passou a ser utilizado o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

para a transmissão desses dados, diferenciando-os entre os municipios. Diante disso as estimativas do número de infecções pelo HIV, casos de Aids e de mortes permitem a identificação das desigualdades regionais na ocorrência e mortalidade relacionadas à doença (Bastos, 1995; Mello, 2021).

Diante desse contexto, os estudos voltados à compreensão do processo de disseminação do HIV/AIDS no país contribuem com a avaliação de novas estratégias de prevenção e controle desse processo. Sabendo disso, este estudo tem como finalidade corroborar com a análise do contexo de HIV/Aids adquiridas pela populção brasileira no ano 2020.

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo epidemiológico, de caráter descritivo e com classificação bibliográfica e estatística. A análise foi realizada utilizando dados públicos do "Boletim Epidemiológico de HIV e Aids" no ano de 2020, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Ministério da Saúde (DCCI/SVS/MS), onde são publicados anualmente, contendo informações sobre os casos de HIV e Aids no Brasil, regiões e capitais.

A obtenção dos dados utilizados neste trabalho teve como fonte: a) as notificações compulsorias dos casos de HIV e Aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), b) os óbitos notificados com causa básica por HIV/Aids no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), c) os registros do Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (Siscel) e d) os registros do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Sisclom).A distribuição das amostras foi efetuada utilizando-se o método de amostragem aleatória simples, todos os dados informados apresentam a mesma probabilidade de serem escolhidos em qualquer situação evidenciada.

Para a análise sociodemográfica da população foram utilizadas variáveis de sexo, idade, escolaridade, categoria de exposição e cor/raça. Como critério de inclusão foram utilizados na amostra do estudo, todos os dados deliberados pelo Boletim Epidemiológico de HIV e Aids, dentre os quais apresentarem registros das variáveis de interesse a esse estudo. Os dados foram tabulados e analisados através do programa Microsoft Excel 2019, e apresentados em forma de tabelas e gráficos estatísticos.

A inspeção deste levantamento cumpriu todos os preceitos básicos e normativo da Resolução Nº 03 de 13 de outubro de 2017 do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão/Secretaria de Tecnologia da Informação e Comunicação/Comitê Gestor da Infraestrutura Nacional de Dados Abertos, o qual trata de pesquisas sobre procedimentos complementares e diretrizes para elaboração e publicação de Plano de Dados Abertos, consoante disposto no Decreto Nº 9.777/2016.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 25.557 dados públicos de casos de infecção pelo HIV, no ano de 2020, do Brasil, via Ministério da Saúde com a finalidade de atualizar informações. Os dados foram separados em tabela de acordo com as cinco categorias estudadas **(Tabela 1).**

HIV			AIDS		
Variável	**2020**	**%**	**Variável**	**2020**	**%**
Regiões Brasileiras					
Norte	1680	12%	Norte	1415	12%
Nordeste	3134	23%	Nordeste	2656	22%
Sudeste	4987	36%	Sudeste	4563	38%
Sul	2507	18%	Sul	2204	19%
Centro-Oeste	1369	10%	Centro-Oeste	1042	9%
TOTAL	13677	100%	**TOTAL**	11880	100%
Sexo			Sexo		
Masculino	10027	73%	Masculino	8434	71%
Feminino	3643	27%	Feminino	3442	29%
TOTAL	13677	100%	**TOTAL**	11880	100%
Faixa Etária					
>15	50	0.4%	>15	52	O.6%
15 a 29	5,882	43%	15 a 29	2740	32.4%
30 a 39	3729	27.3%	30 a 39	2547	30.1%
40 a 49	2270	16.6%	40 a 49	1725	20.4%
50 ou mais	1649	12.1%	50 ou mais	1370	16.2%
Ignorado	97	0.7%	Ignorado	0	
TOTAL	13677	100%	**TOTAL**	8434	100%
Grau de Escolaridade					
Analfabeto	188	1.4%	Analfabeto	85	1.6%
Ensino Fundamental Incompleto	2365	17.2%	Ensino Fundamental Incompleto	1119	21.3%
Ensino Fundamental Completo	1052	7.7%	Ensino Fundamental Completo	424	8.1%
Ensino Médio Incompleto	1094	8%	Ensino Médio Incompleto	378	7.2%
Ensino Médio Completo	3286	24%	Ensino Médio Completo	1171	22.3%%
Ensino superior incompleto	980	7.2%	Ensino superior incompleto	242	4.6%
Ensino superior Completo	1459	10.7%	Ensino superior Completo	482	9.2%
Não se aplica	22	0.2%	Não se aplica	22	0.4%
Ignorado	3231	23.6%	Ignorado	1328	25.3%
TOTAL	13677	100%	**TOTAL**	5251	100%
Cor/Raça					
Branca	4570	33.4%	Branca	1936	36.9%

Preta	1657	12.1%	Preta	541	10.3%
Amarela	138	1%	Amarela	34	0.6%
Parda	6454	47.2%	Parda	2474	47.1%
Indígena	54	0.4%	Indígena	24	0.5%
Ignorada	804	5.9%	Ignorada	242	4.6%
TOTAL	13677	100%	**TOTAL**	5251	100%
Categoria de Exposição					
Homossexual Masculino	4503	45.3%	Homossexual Masculino	142	39.7%
Bissexual Masculino	777	7.8%	Bissexual Masculino	35	9.8%
Heterossexual masculino	3017	30.3%	Heterossexual masculino	115	32.1%
UDI masculino	128	1.3%	UDI masculino	7	2.0%
Hemofílico masculino	4	0.0%	Hemofílico masculino	4	0.0%
Transmissão Vertical masculino	156	1.6%	Transmissão Vertical masculino	1	0.3%
Ignorado	1365	13.7%	Ignorado	58	16.2%
TOTAL	9950	100%	**TOTAL**	358	100%
Heterossexual Feminino	3119	86.8	Heterossexual Feminino	125	90.6%
Transmissão Vertical Feminino	79	2.2%	Transmissão Vertical Feminino	1	0.7%
Ignorado	351	9.8%	Ignorado	12	8.7%
TOTAL	3592	100%	**TOTAL**	138	100%

Tabela 1: Número de casos de HIV e Aids, Brasil, no ano de 2020

Fonte: Boletim epidemiológico Especial HIV/Aids do Ministério da Saúde.

Após análise dos resultados, verificou-se que a maior incidência de infecções de HIV e Aids do ano de 2020, no Brasil, foi na região Sudeste com 4987 (36%) dos casos de HIV e 4563 (38%) de Aids; Seguida pela região Nordeste com 3134 (23%) casos de HIV e 2656 (22%) de Aids **(Figura 1)**.

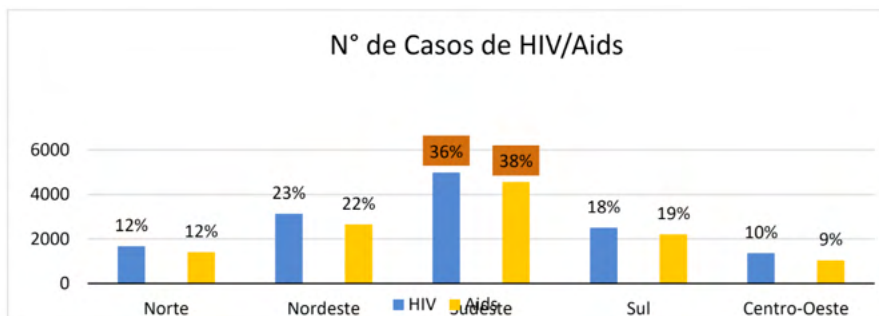



Figura 01: Número de casos de HIV e Aids nas regiões brasileiras no ano de 2020

Fonte: Boletim epidemiológico Especial HIV/Aids, do departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde.

Em relação as demais regiões, o Sul apresentou 2507 casos (18%) de HIV e 2204 (19%) de Aids, Norte com 1680 (12%) de HIV e 1415 (12%) de Aids. Os menores indices ocorreram na região Centro-Oeste com 1369 (10%) dos casos de HIV e 1042 (9%) de Aids. Observa-se nacionalmente uma redução, com inicio em 2013, nos números de casos de aids; em 2019 foram registrados 37.308 casos. Em relação ao HIV, foram notificados no Sinam 300.496 casos entre 2007 e junho de 2019. Sendo 45,6% dos casos na região sudeste. (Brasil,2019).

Quanto ao sexo, houve prevalência de números de casos no sexo masculino. Onde as infecções por HIV correspondeu a 10027 (73%) dos casos ocorridos em relação ao sexo feminino. Já os casos de Aids apresentou 8434 (71%) dos casos notificados como mostra a (**Figura 02):**

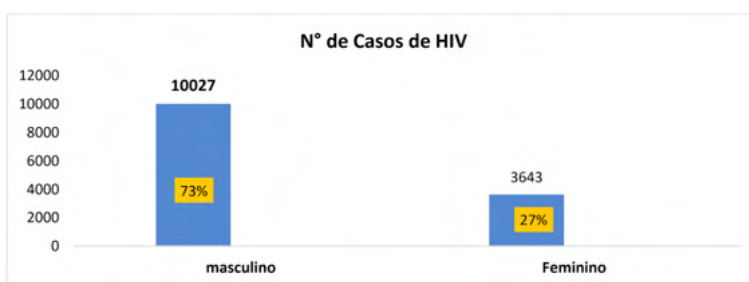
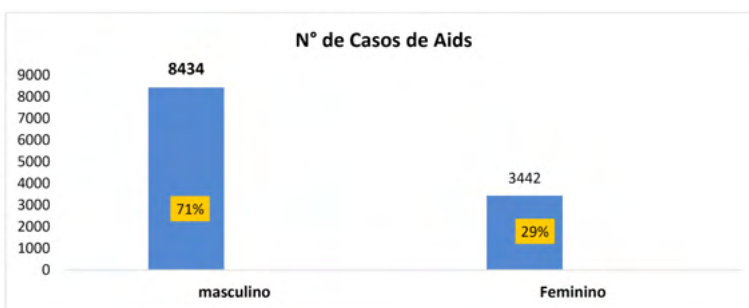



Figura 02: Número de casos de HIV e Aids por sexo no ano de 2020

Fonte: Boletim epidemiológico Especial HIV/Aids, do departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde.

Fonte: Boletim epidemiológico Especial HIV/Aids, do departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde.

Os dados reforçam que os homens são maiormente afetados pelas infecções. Segundo o Boletim Epidemiologico HIV/AIDS de 2018, eles representam 65,5% dos casos de aids de 1980 a junho de 2018, enquanto as taxas femininas reduziram em 30% nos últimos 10 anos. A multiparceria sexual, uso de drogas e o não recebimento de destaque em políticas e ações de prevenção, são fatores que contribuem para o grande número de

pacientes do sexo masculino (KNAUTH,2020; SILVA,2015; JUNIOR,2002).

Com relação a faixa etária, a maior incidência de ocorreu nos pacientes de 15 a 29 anos (**Figura 03**). As notificações de HIV correspondeu a 5882 (43%) e Aids com 2740 (32,4%). Os menores números de casos ocorreram em menores de 15 anos com 50 (0,4%) e 52 (0,6%), respectivamente:

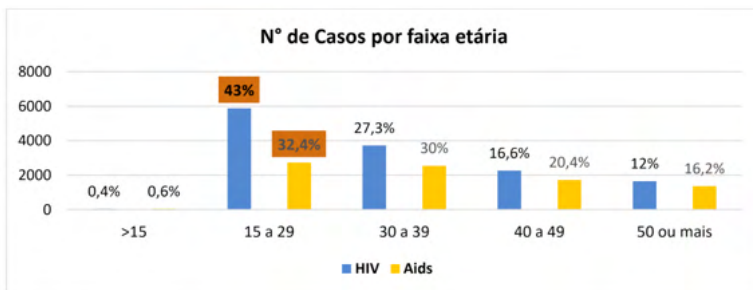



Figura 03: Número de casos de HIV e Aids por faixa etária no ano de 2020

Fonte: Boletim epidemiológico Especial HIV/Aids, do departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde.

Segundo o Ministério da saúde o maior número de casos está entre os jovens de 25 a 39 anos, de ambos os sexos (52,4% são homens e 48,4% são do sexo feminino). A vulnerabilidade dessa categoria decorre do uso inadequado de preservativos em conjunto à prática sexual com múltiplos parceiros. (PAIVA, 2002)

Na variável grau de escolaridade, a categoria com maiores taxas de detecção foram os indivíduos com ensino médio completo **(Figura 04)**. Em seguida vem os pacientes com ensino superior completo com uma faixa de 10,7% para HIV e 9,2% para Aids.

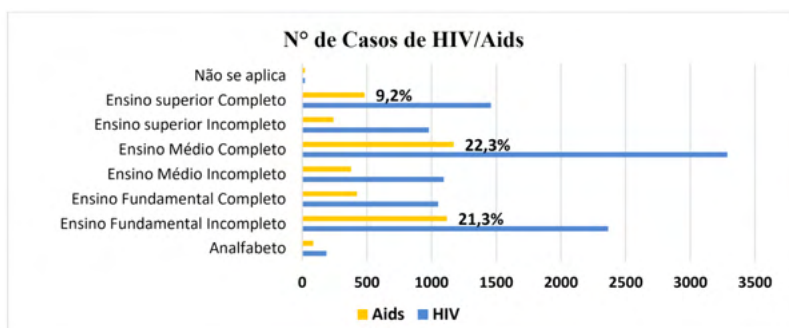



Figura 04: Número de casos de HIV e Aids por escolaridade no ano de 2020

Fonte: Boletim epidemiológico Especial HIV/Aids, do departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde.

Embora a baixa escolaridade se relacione diretamente ao conhecimento limitado sobre as medidas de prevenção das ISTs (CAVALCANTE *et al,* 2017), os dados referentes ao ano de 2020 demonstra uma taxa de infecção maior nos pacientes que já concluíram o ensino médio.

Os valores de infecções referentes a cor/raça foram maiores nas cores Parda e branca **(Figura 05)**, que representam a maioria da população brasileira (IBGE).

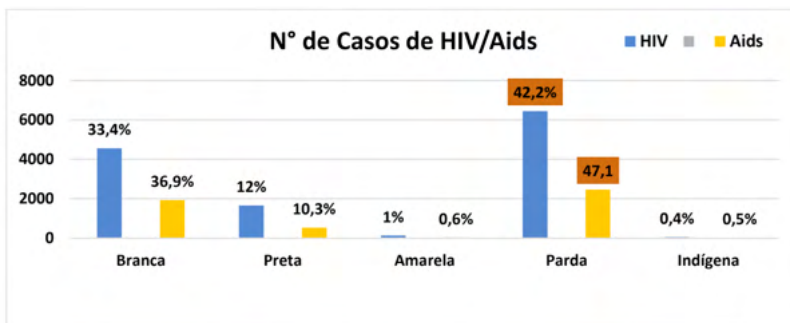



Figura 05: Número de casos de HIV e Aids por cor/raça no ano de 2020

Fonte: Boletim epidemiológico Especial HIV/Aids, do departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde.

Em relação a categoria de exposição os maiores indices foram em Homossexual masculino com 4503 (45,3%) e heterossexual feminino com 3119 (86,8%) dos casos de HIV. Em relação a Aids, homossexual masculino com 142 (39,7%) e heterossexual feminino com 125 (90,6%) dos casos.

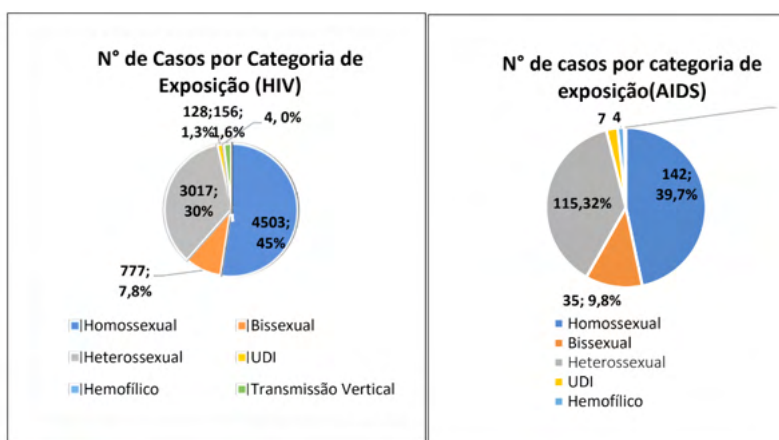



Figura 06: Casos de HIV e Aids por categoria de exposição do sexo masculino no ano de 2020

Fonte: Boletim epidemiológico Especial HIV/Aids, do departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde.

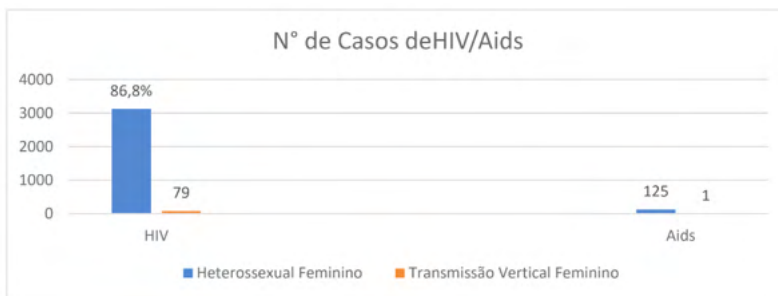



Figura 07: Casos de HIV e Aids por categoria de exposição do sexo Feminino no ano de 2020

Fonte: Boletim epidemiológico Especial HIV/Aids, do departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde.

Segundo Knauth (2020), perante a escassez de políticas preventivas destinadas a homens, grande parte dos diagnósticos no sexo masculino, se faz por intermédio de mulheres, sendo elas parceiras fixas ou não. Onde o diagnostico feminino se dá por meio de pré-natal ou adoecimento.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dinâmica epidemiológica do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), acompanhada por meio de dados do SINAN e de outros sistemas servem de base para os estudos a respeito da análise contextual das infecções e a capacidade disseminatória do vírus em diferentes ninchos populacionais.

Ao final desse estudo, onde foram analisados os números de casos de acordo com as categorias cor/raça, sexo, escolaridade, faixa etária e categoria de exposição, é possível perceber uma distribuição não homogênea da doença e o acometimento de indivíduos socialmente mais vulneráveis. A região Sudeste e Nordeste foram as que tiveram mais notificações, o sexo masculino se sobressai nos números de casos, adolescentes e jovens também tiveram destaque. Em relação a categoria de exposição, os homossexuais masculinos apresentaram números de casos muito próximo aos heterossexuais. Além de um alto nível de infecções no sexo feminino com prática heterossexual.

Em face as modificações no cenário disseminatório do HIV, torna-se necessário atualizações literárias à cerca da epidemiologia do HIV, que permitam a criação e ou aprimoramento de políticas públicas voltadas para a prevenção do vírus de acordo com as particularidades regionais, sociais, econômicas, raciais e sexuais.

REFERÊNCIAS

BASTOS, F. I.; BARCELLOS, C. Geografia social da AIDS no Brasil. ***Rev. Saúde Pública***, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 52-62, fev. 1995;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SCTIE nº 42, de 5 de outubro de 2018. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2018 out.

CHRISTO, P. P. Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e Aids. ***Rev. Assoc. Med. Bras.***, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 242-247, 2010.

GALVAO, M. T. G; CERQUEIRA, A. T. A. R; MARCONDES,M. J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. ***Cad. Saúde Pública***, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 430-437, Apr. 2004.

JUNIOR, J. S. M., GOMES, R., NASCIMENTO, E. F. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo - SP. Rev Saúde Pública 2002; 36:50-60

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Continua 2012-2019. Disponível em: < https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html > Acesso em: 23 de setembro de 2021.

KNAUTH, D. R. et al. O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 36, n. 6. 2020

LAZZAROTTO, A. R, DERESZ, L. F., SPRINZ, E. HIV/Aids and Concurrent Training: Systematic Review. ***Rev Bras Med Esporte***. 2010;16(2): 149-154.

MELO, M. C, CORREIA, V. A. D. Tendência da incidência de HIV-aids segundo diferentes critérios diagnósticos em Campinas-SP, Brasil de 1980 a 2016. ***Ciência & Saúde Coletiva***. v. 26, n. 01.

PAIVA, V., PERES, C., BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de aids – reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. Psicologia USP 2002;13(1): 55-78.

SILVA L. A. V., SANTOS, M., DOURADO, I. Entre idas e vindas: histórias de homens sobre seus itinerários ao serviço de saúde para diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS. Physis (Rio J.) 2015; 25:951-73.

SOUZA, H. C. Análise da adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes com HIV/AIDS**. *Rev. Bras. Enferm.***, Brasília , v. 72, n. 5, p. 1295-1303, 2019 .

CAPÍTULO 15

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO ESTRESSE DO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO COM DEPENDÊNCIA: ESTUDO PILOTO

Data de aceite: 10/01/2022
Data de submissão: 14/10/2021

Laura Maria Monteiro Viegas
Doutora em Enfermagem. Professora adjunta no Departamento de Enfermagem de Saúde Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Lisboa, Portugal
ORCID: 0000-0003-1411-7245

Ana Maria Alexandre Fernandes
Doutora em Sociologia. Professora Catedrática. CICS. Nova,Universidade Nova de Lisboa
Lisboa, Portugal
ORCID: 0000-0002-7686-3932

Maria dos Anjos Pereira Lopes Fernandes Veiga
Doutora em Ciências da Enfermagem. Professora aposentada do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ORCID 0000-0001-7934-6423

Artigo já foi publicado anteriormente na Revista Baiana de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

RESUMO: Objetivo foi avaliar a eficácia de uma intervenção de enfermagem estruturada com base num programa psicoeducativo de gestão do estresse sobre estressores primários (sobrecarga), recursos (*coping*) e resultados (bem-estar emocional) do cuidador, e avaliação realizada pelos cuidadores e pelos enfermeiros sobre a ajuda da intervenção e sobre o material de apoio ao programa. Método: estudo piloto com 13 cuidadores de idosos em Portugal durante 5 semanas. Realizaram-se entrevistas para avaliar a intervenção e o material de apoio. Resultados: depois da intervenção, houve melhoria no *coping,* no bem-estar e na sobrecarga com diferença estatisticamente significativa na sobrecarga; dificuldades com a implementação da intervenção e uso do material de apoio. Conclusão: os cuidadores familiares revelaram que a intervenção ajudou na aprendizagem de novas estratégias de *coping*. Por parte dos enfermeiros, a intervenção ajudou-os a conhecer as dificuldades do cuidador, facilitando a abordagem holística do cuidado centrado no cuidador e no idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Estresse; Cuidadores; Família; Idoso.

NURSING INTERVENTION FOR STRESSED MANAGEMENT IN FAMILY CAREGIVERS OF DEPENDENT OLDER ADULTS: A PILOT STUDY

ABSTRACT: Objective: assess the effectiveness of a structured nursing intervention for caregivers based on a psychoeducational stress management program in relation to primary stressors (overload), resources (coping) and results (emotional well-being), as well as an assessment by caregivers and care recipients as to the helpfulness of the intervention and the program's support material. Method: a pilot study was conducted with 13 caregivers of older adults

in Portugal during five weeks. Interviews were conducted to assess the intervention and support material. Results: after the intervention, there was an improvement in coping, well-being and overload, with a statistically significant difference in overload; difficulties implementing the intervention and using the support material. Conclusion: the family caregivers stated that the intervention helped them learn new coping strategies. On the part of the nurses, the intervention helped them understand the difficulties faced by caregivers, facilitating a holistic care approach based on the caregiver and elderly person.
KEYWORDS: Nursing; Stress; Caregivers; Family; Older adults.

INTRODUÇÃO

Portugal é um dos países mais envelhecidos do mundo e também da Europa. Na última década, houve um recuo acentuado da natalidade(1). No último recenseamento(2), a população portuguesa com mais de 65 anos já era 19,1% do total, dos quais 21,5% eram mulheres e 16,8% eram homens. A esperança de vida à nascença é também uma das mais elevadas da Europa. As mulheres portuguesas nascidas em 2016 esperam poder viver até os 84 anos e os homens até os 78 anos(3).

O crescimento da longevidade humana acarreta o aumento das necessidades de saúde ao longo do processo de envelhecimento, com a diminuição da funcionalidade e os seus impactos nas actividades de vida diária. No âmbito da vida familiar, são os cônjuges ou outros parentes próximos que prestam os cuidados. A dinâmica da prestação de cuidados tem uma dimensão temporal à qual o cuidador familiar vai adaptando-se, à medida que a funcionalidade reduz e as necessidades aumentam. A *Family Caregiver Alliance*(4) descreve o *caregiving* como um processo dinâmico experienciado pelo cuidador familiar durante o desempenho do seu papel num *continuum* de cuidados. Esse processo, designado *caregiving,* leva o cuidador à exposição de uma elevada carga física e psicológica perante a qual pode incorrer num conjunto de sintomas que constituem um padrão disfuncional identificado como "estresse do prestador de cuidados" ou "sobrecarga do papel do cuidador"(5).

O cuidador é normalmente um familiar, amigo ou vizinho que, no quotidiano, presta cuidados a uma pessoa receptora de cuidados com doença crónica ou incapacitante que a impede de realizar as actividades de vida diária, total ou parcialmente, tornando-a, por vezes, dependente. É um recurso não institucional para o cuidar(6), por não ser remunerado habitualmente pelo cuidado prestado(7).

As exigências da prestação de cuidados levam a olhar para o cuidador, tendo em vista a necessidade de preservar o seu papel social e prevenir o risco de adoecer. Para tal é necessário desenvolver intervenções que o ajudem a manter a sua saúde(8), considerando que as pessoas preferem manter-se em casa, perto da família(9). Esses cuidados contribuem também para diminuir o risco de institucionalização e reduzir os custos dos cuidados de longa duração(6). A literatura evidencia que as intervenções psicoeducativas

são promotoras do bem-estar do cuidador familiar[10]. Há também evidência da necessidade de os profissionais de saúde apoiarem o cuidador familiar no desempenho do seu papel.

Entretanto, a intervenção de enfermagem é mais eficaz quando é individualizada e efectuada por meio da recolha de informação sobre as características da pessoa, suas necessidades e percepções, da qual decorrem acções em que a pessoa cuidada participa na tomada de decisão sobre qual deve ser a forma mais ajustada a si[11].

Na avaliação do estresse do cuidador, autor[12] defende o uso do modelo transaccional de estresse de Pearlin, Mullan, Semple e Skaff. Esta opção baseia-se no pressuposto de que as várias dimensões desse modelo operacionaliza a variabilidade na forma como o cuidador vivencia a sua experiência de cuidar. São as seguintes as dimensões do modelo: contexto de cuidado (características sociodemográficas do cuidador e da pessoa cuidada e história da prestação de cuidados); estressores primários e secundários; recursos e resultados. A elaboração do modelo baseou-se na concepção teórica[13] que considera o estresse como resultado de uma transacção entre o indivíduo e o ambiente, que excede os recursos do indivíduo, necessitando de esforço para se adaptar. De acordo com essa concepção, *coping* refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança na gestão de questões externas/internas específicas, as quais são avaliadas por excederem os recursos já referidos. Por isso, é importante o indivíduo manter a capacidade para aprender e usar novas estratégias, de acordo com novas necessidades, desenvolvendo diferentes estilos de *coping* focados na resolução de problemas ou nas emoções. O enfermeiro pode contribuir junto do cuidador, no reconhecimento de estratégias para alívio da sobrecarga e no desenvolvimento de estratégias para a diminuição do estresse[14].

Em Portugal, os estudos mostram que as intervenções do enfermeiro junto do cuidador visam, sobretudo, a melhoria das suas competências na prestação de cuidados, tornando-o o “parceiro oculto”. Nessa dinâmica, é frequente que sejam subvalorizadas as suas necessidades decorrentes do papel de cuidador, sendo reiterada somente a referência a comentários, como “lembre-se de cuidar de si”. Assim, as intervenções estruturadas com base em programas psicoeducativos dirigidas ao estresse do cuidador, além de limitadas e pouco frequentes, devem ser avaliadas quanto à sua eficácia. Os resultados de tal avaliação contribuem para melhorar os cuidados de enfermagem e as competências e eficiência do acto de cuidar do cuidador familiar com efeitos positivos na sua saúde.

A hipótese considerada neste estudo é que a intervenção estruturada num programa reduza a sobrecarga, aumente o *coping* e o bem-estar emocional. Espera-se a adequação do material de apoio ao programa.

O objectivo central deste estudo piloto consiste em avaliar a eficácia de uma intervenção de enfermagem estruturada com base num programa psicoeducativo de gestão do estresse sobre estressores primários (sobrecarga), recursos (*coping*) e resultados (bem-estar emocional) do cuidador, bem como a avaliação realizada pelos cuidadores e pelos enfermeiros sobre a ajuda da intervenção e sobre o material de apoio ao programa.

MÉTODO

Trata-se de um estudo piloto observacional longitudinal prospectivo. A amostra de conveniência foi constituída por cuidadores de familiares idosos em situação de dependência funcional que se encontravam inscritos em apoio domiciliário nas Unidades de Saúde de um Agrupamento de Centros de Saúde da Sub Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal.

A observação ocorreu entre dezembro de 2014 e março de 2015 e teve como critérios de inclusão: cuidadores familiares que assumiam a responsabilidade pelos cuidados com score ≤16 na Grelha para avaliação do cuidador em risco(15), idade superior a 18 anos, saber ler e escrever e com contacto telefónico.

Na visita de enfermagem domiciliária, os enfermeiros contactaram os cuidadores familiares elegíveis e explicaram os objetivos do estudo. Na visita seguinte, foi explicado o protocolo de investigação, pedido o consentimento informado, aplicada a "Grelha para avaliação do cuidador em risco" e combinado o momento para iniciar a intervenção estruturada de enfermagem.

A intervenção de enfermagem no domicílio, para o cuidador familiar com dependência, foi suportada pelo programa psicoeducativo do processo de gestão do estresse de Ducharme, Trudeau e Ward(15): *Gestion du stress-programme psychoéducatif de gestion du estress destiné aoux proches-aidants d'un parent âgé à domicile*. A opção por um programa de gestão de estresse, já publicado internacionalmente, deveu-se a estar alicerçado no conceito de estresse e *coping*(13). Além disso, essa opção ampara-se no facto de o programa ser composto por etapas que, ao corresponderem ao processo de gestão do estresse, permite ao cuidador a tomada de decisão sobre a escolha de uma situação estressante para si na prestação de cuidador, privilegiando, desse modo a individualização, assim como a aprendizagem, para gerir outras situações estressantes a surgir durante o percurso do seu papel de cuidador.

Feito contato via e-mail com uma das autoras, que autorizou a utilização do referido programa e como adquirir o material de apoio: caderno do cuidador e manual de aplicação. Foram feitos os procedimentos na adaptação para a língua portuguesa do material escrito: equivalência conceptual e linguística.

O referido programa psicoeducativo tem como objetivo promover competências dos cuidadores para contribuir para uma melhor gestão de situações difíceis/estressantes vividas na prestação de cuidados ao familiar no domicílio.

O processo de gestão do estresse do programa desenvolve-se em cinco etapas:

1ª etapa – tomada de consciência. O cuidador descreve a situação geral de prestação de cuidados: refere aspetos positivos e aspetos difíceis vividos na situação de prestação de cuidados;

2ª etapa – escolha de uma situação difícil/estressante e de um objetivo a atingir. O

cuidador escolhe uma situação difícil/estressante experienciada na prestação de cuidados que pretende mudar. O cuidador formula um objetivo a atingir com vistas a reduzir a sua perceção face a essa situação que escolheu, com a ajuda da "Escala para atingir os objetivos pessoais". Este instrumento permitirá avaliar, no final da 5ª etapa, se o objetivo identificado foi ou não atingido;

3ª etapa – análise da situação escolhida. O cuidador reflete sobre a situação difícil/estressante escolhida e os fatores que influenciam a forma de a perceber (pessoais, familiares e contextuais) e quais as estratégias habitualmente usadas;

4ª etapa – escolha de uma estratégia ajustada à situação escolhida e praticá-la. O cuidador é convidado a experimentá-la(s) de entre a(s) estratégia(s) adaptativa(s) que podem ser ajustada(s) à situação estressante escolhida;

5ª etapa – avaliação. Avaliar se o objetivo da etapa 2 foi atingido.

Se o objetivo estabelecido à partida não é atingido, é a ocasião de retomar o início do processo e fazer uma reflexão que permita ao cuidador tentar uma nova ação que será, por sua vez, também ela, avaliada. Esse processo sistemático permite ao cuidador orientar a sua reflexão até que o objetivo que fixou seja atingido.

O manual de aplicação tem as orientações para o enfermeiro sobre o conteúdo e os recursos para cada uma das cinco etapas do processo de gestão do estresse. O caderno do cuidador descreve o que o cuidador realiza em cada etapa, que corresponde a um encontro com o enfermeiro, bem como o que deve fazer até ao próximo encontro com esse profissional.

A operacionalização do programa inclui: cinco encontros semanais no domicílio entre o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados ao idoso com o seu cuidador familiar com uma duração entre 30 a 45 minutos. Em cada encontro individual, o enfermeiro e o cuidador abordam cada uma das cinco etapas do processo de gestão do estresse. Ao longo do processo, é importante ter em conta a perceção que o cuidador tem da sua situação de prestação de cuidados. Esta perceção é a pedra angular da intervenção, com vista a favorecer a utilização de estratégias adaptativas ajustadas ao tipo da situação difícil/estressante. No primeiro encontro, o enfermeiro oferece ao cuidador o "caderno para o cuidador" e explica a sua utilidade. No início de todos os encontros são relembradas as etapas do processo de gestão do estresse, o que foi concretizado na sessão anterior (exceto no primeiro encontro), o que é trabalhado no encontro presente e o que será feito na semana seguinte até ao próximo encontro.

Cada enfermeiro recebeu preparação prévia, em grupo ou individualmente, durante 2-3 sessões, com duração de 2 horas, sobre o protocolo de intervenção, e recebeu o material escrito (caderno do cuidador e manual de aplicação para si).

No fim da aplicação da intervenção, no mês 2, a investigadora conduziu uma entrevista semiestruturada junto aos enfermeiros e cuidadores familiares, para avaliar o programa sobre a ajuda da intervenção e a adequação dos materiais de apoio.

O protocolo de investigação foi aprovado pelo Diretor Executivo do respetivo Agrupamento e teve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 093/CES/INV/2014. O consentimento informado foi assinado pelos participantes.

A análise dos dados foi qualitativa (do conteúdo das respostas de cuidadores e enfermeiros) e estatística. Na análise estatística, o tratamento e a análise dos dados foram obtidos por meio do *software* estatístico IBM-SPSS, versão 22. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas e da história de cuidados foi obtida. Realizou-se a análise comparativa, para identificar associações entre variáveis de interesse por meio do teste t para amostras emparelhadas nas variáveis numéricas ou em alternativa o teste não paramétrico Wilcoxon. Na análise estatística, assumiu-se um nível de significância de 5% ($p<0,05$).

A Grelha para avaliação do cuidador em risco foi aplicada como critério de elegibilidade do participante, conforme sugerido pelas autoras do citado programa psicoeducativo. Participante com escore igual ou superior a 16, indicativo de elevado nível de estresse, foi excluído do estudo e aconselhado a procurar apoio especializado.

Questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador/idoso e da história da prestação do cuidado, com instrumentos usados, avaliam os domínios do modelo de estresse adotado[(12)].

Para avaliar a sobrecarga, aplicou-se a *Burden Interview Scale,* de 1983, adaptada para Portugal, que possui quatro categorias: impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas face ao cuidar e perceção de autoeficácia. A versão tem 22 itens. As possibilidades de resposta são: nunca (1), quase nunca (2), às vezes (3), muitas vezes (4) e quase sempre (5). À maior pontuação corresponde maior sobrecarga. A consistência interna é boa, com 0,96 (alfa de Cronbach)[(16)].

Para avaliar o *coping,* aplicou-se o *Carers' Assessment of Managing Index* (CAMI) adaptado para Portugal. Esse questionário avalia a forma como cada cuidador familiar lida com as dificuldades percecionadas e quais os mecanismos de *coping* e a sua adequação e eficácia. Tem três domínios: lidar com problemas/resolução de problemas, perceção alternativa da situação e lidar com problemas de estresse. O cuidador indica se utiliza ou não a estratégia (1). Em caso afirmativo, deve referir se dá resultado (2), dá algum resultado (3) ou dá bastante resultado (4). À maior pontuação corresponde maior utilização/perceção da eficácia das estratégias de *coping* usadas pelo cuidador. A consistência interna é boa com 0,804 (alfa de Cronbach)[(17)].

Para avaliar o bem-estar emocional do cuidador, o domínio mais avaliado são sintomas depressivos propostos pelo *Center for Epidemiologic Studies of Depression Scale* (CES-D), tendo sido usada a versão portuguesa, que propõe quatro fatores: afeto depressivo, afeto positivo, atividade somática e retardada e atividade interpessoal. Maior valor indica a intensidade dos sintomas da depressão. A consistência interna é boa com

0,85 (alfa de Cronbach)[12].

RESULTADOS

Dos 17 participantes, 13 completaram as 2 fases de avaliação antes e depois da intervenção (3 óbitos de idosos e 1 cuidador recusou-se a participar).

Na Grelha de avaliação do cuidador em risco, o valor da média = mediana foi 11 e o Desvio Padrão (D.P.)=2,09, com máximo de 15 e mínimo de 8, em que nenhum dos cuidadores atingiu o nível de escore máximo (16) para ser excluído do estudo. Nos cuidadores, o sexo feminino foi o mais frequente; a média de idade foi 62,18 anos (DP=15,72); e o estado civil, casadas. Na situação de trabalho e escolaridade, foi mais frequente o cuidador aposentado e com o 3º ciclo do ensino básico. Similarmente, estudo em Portugal descreve o perfil do cuidador familiar também como sendo do género feminino, com mais de 50 anos, casada, com baixa escolaridade, sem atividade profissional[18].

Nos idosos, a frequência é idêntica entre homens e mulheres, com idade média de 81,5 (DP= 9,85). Na escolaridade, o mais frequente é 1º ciclo do ensino básico. O estudo realizado[19] com cuidadores familiares, os idosos cuidados tinham, em média, idade ligeiramente superior (82,36 anos; D.P.=7,84), igualmente poucos anos de escolaridade e são viúvos, ao contrário dos idosos cuidados deste estudo, que são maioritariamente casados.

Na história da prestação de cuidados, com maior frequência estão os cuidadores que cuidam em tempo, entre 1-3 anos, e em horas de cuidados diárias, mais de 10 h dedicadas ao cuidado. A prestação de cuidados é da responsabilidade de filhas e cônjuges; a maioria coabita com o idoso. Esses dados vão ao encontro de estudo sobre a sobrecarga de cuidadores familiares[20].

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas do cuidador e dados sobre a história do cuidar na avaliação *baseline*.

Características sociodemográfica do cuidador	n	%
Sexo do cuidador		
Feminino	8	61,5
Masculino	5	38,5
Idade (anos), média (DP)	62,18 (15,72)	
Estado civil do cuidador		
Casado(a)	7	53,8
Solteiro(a)	4	30,8
Viúvo(a)	1	7,7
Divorciado(a)/separado(a)	1	7,7
Situação perante o trabalho		
Empregado(a)	3	23,1
Desempregado(a)	1	7,7

Aposentado(a)	8	61,5
Outra	1	7,7
Escolaridade		
1º ciclo do ensino básico	3	23,1
3º ciclo do ensino básico	5	38,5
Ensino secundário	3	23,1
Curso superior	2	15,4

Tabela 1 – Distribuição dos cuidadores segundo características sociodemográficas e da história do cuidar na avaliação *baseline.* Lisboa, Portugal – 2015 (n=13)

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas do idoso.

Caracterização sociodemográfica do idoso	**n**	**%**
Sexo		
Feminino	7	53,8
Masculino	5	46,2
Idade (anos), média (DP)	81,47 (9,85)	
Estado civil		
Casado(a)	7	53,8
Viúvo(a)	4	30,8
Divorciado(a)/separado(a)	2	15,4
Escolaridade		
Sem escolaridade	1	7,7
Sabe ler e escrever	2	15,4
1º ciclo do ensino básico	6	46,2
2º ciclo do ensino básico	2	15,4
3 º ciclo do ensino básico	1	7,7
Ensino secundário	1	7,7
História da prestação de cuidados		
Grau de parentesco		
Cônjugue	4	30,8
Filho(a)	6	46,2
Sobrinha	2	15,3
Irmão	1	7,7
Coabitação		
Sim	12	92,3
Não	1	7,7
Há quanto tempo é cuidador		
Menos de 6 meses	2	15,4
Entre 6 meses e 1 ano	1	7,7
Entre 1-3 anos	6	46,2

Entre 3-5 anos	-	-
Entre 5-10 anos	1	7,7
Há mais de 10 anos	3	23,1
Número de horas diárias na prestação de cuidados		
Entre 1-3 horas	1	7,7
Entre 3-5 horas	2	15,4
Entre 5-10 horas	1	7,7
Mais de 10 horas	9	69,2

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Tabela 2 – Características sociodemográficas do idoso. Lisboa, Portugal – 2015 (n=13)

Fonte: Elaboração própria.

Na avaliação das variáveis de resultado, entre o antes e o depois da intervenção, observou-se diferenças estatisticamente significativas na sobrecarga total (p=,023) e nas categorias impacto da prestação de cuidados (p=,037) e expetativas face ao cuidar (p=,023). Os cuidadores melhoraram as estratégias de *coping*, sobretudo na categoria perceção alternativa da situação. Observou-se também melhoria no bem-estar emocional; na categoria afeto positivo, a diferença foi estatisticamente significativa (p=,024). A Tabela 3 revela os dados obtidos antes (*baseline*) e depois da intervenção (T1).

Variável	***Baseline*** **Média (Desvio Padrão)**	**T1 Média (Desvio Padrão)**	**t emparelhado** ***Wilcoxon***
Sobrecarga			
Impacto da prestação de cuidados	30,69 (11,24)	24,84 (6,84)	*t emp*=2,340 P= ,037
Relação interpessoal	9,15 (3,48)	7,76 (3,24)	*t emp*=1,737 P=,108
Expectativas face ao cuidar	16,53 (3,12)	14,07 (3,88)	*t emp*=2,606 P=,023
Perceção de autoeficácia	4,30 (1,79)	3,35 (1,39)	*t emp*=2,034 P=,065
Total	60,69 (15,71)	50,23 (10,17)	*t emp*=2,606 P=,023
Coping			
Resolução problemas	41,07 (7,44)	42,23 (7,35)	*t emp*=,233; P=,820
Perceção alternativa situação	40,92 (7,064)	43,38 (10,36)	*t emp*=-,760 P=,462
Lidar com sintomas de estresse	20,07 (6,04)	20,84 (6,01)	*t emp*=-1,949 P=,075
Total	99,62 (15,11)	105,69 (19,12)	*t emp*=-1,774 P=,101
Bem-estar emocional			
Afeto deprimido	8,00 (5,73)	6,0 (4,43)	*t emp*=1,747 P=,111
Afeto positivo	8,38 (3,28)	6,50 (2,97)	*t emp*=2,327 P=,040

Atividade somática retardada	4,00 (3,64)	4,55 (3,8)	*t emp*=-,193 p= ,851
Atividade Interpessoal	2,25 (1,89)	1,50 (0,71)	*Wilcoxon* p=,102
Score total	20,77 (12,14)	16,42 (9,41)	*Wilcoxon* P=,66

Tabela 3 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga, o *coping* e sintomas depressivos avaliados na *baseline* e depois da intervenção (T1). Lisboa, Portugal – 2015 (n=13)

Fonte: Elaboração própria.

Na análise qualitativa dos dados sobre a opinião dos cuidadores familiares acerca da ajuda da intervenção, as respostas foram claramente positivas. Dos 13 participantes, apenas 1 manifestou opinião negativa e outro participante respondeu com opinião ambivalente. Seguem alguns exemplos da citação (*verbatim*) da análise qualitativa.

Opinião positiva:

A intervenção ajuda a encarar melhor a situação de cuidador e a encontrar novos caminhos de como continuar. (F; 62 anos; filha).

A situação de cuidador mantêm-se, mas a forma como a vejo é mais calma e serena. (M; 40 anos; sobrinha).

A intervenção ajudou a estar preparada para outras dificuldades que vão surgir e que sei que me esperam. (N; 50 anos; filha).

Aprendi a deitar e a levantar para a cadeira com menos esforço para as costas. Já não preciso de estar à espera de ajuda. (J; 75 anos; cônjuge).

A intervenção ajudou a perceber que, se mudar a minha forma de agir, o que está à volta melhora. (A; 60 anos; filha).

Opinião negativa:

A intervenção não ajudou em nada. Fez-me pensar em assuntos que estavam resolvidos e agora vieram à memória. (L; 78 anos; irmão).

Opinião ambivalente:

A intervenção ajudou e não ajudou. Parar para pensar não me ajuda [...] *lembra-me que estou sozinho nisto e como será no futuro, o que será dela* [Esposa]? *Os filhos não querem saber* [...] *mas foi bom ter alguém para falar, senti-me apoiado.* (A; 78 anos; cônjuge).

Sobre o material de apoio de suporte ao programa, cinco cuidadores consideraram o conteúdo do caderno do cuidador adequado e oito referiram o conteúdo extenso, sobretudo na 3ª etapa. Dos oito enfermeiros, quatro opinaram sobre a avaliação e implementação da intervenção, obtendo-se opinião com respostas que oscilaram entre aspetos positivos e negativos. Vejam-se exemplos de citações de **aspetos positivos:**

Enfermeiro conhece melhor o cuidador. Há uma maior proximidade com o cuidador, maior compreensão das dificuldades que antes não tínhamos e criamos empatia. (E1).

O momento que estamos com o cuidador é formal. O cuidador sente-se cuidado,

tem a atenção do enfermeiro [...] *aceita melhor o que lhe é dito.* (E2).

Com a intervenção, damos ferramentas para o cuidador encontrar os recursos para resolução de problemas, dando-lhe empowerment. (E3).

Se queremos o cuidar holístico não é só o doente em si; o outro que cuida também deve ser cuidado, para o bem do doente. (E4).

Exemplos de **citações negativas:**

Estamos pressionados pelo tempo dedicado a cada visita domiciliária. (E1; E2; E3; E4).

Se o tempo prolongar além do previsto para cada uma das visitas, isso tem implicações na gestão dos cuidados aos outros doentes por quem sou responsável e aos cuidados prestados aos outros doentes pelos colegas que esperam por nós, devido ao transporte partilhado. (E3).

Há coisas muito enraizadas no cuidador que já não mudam, ou levam mais tempo. (E4).

Muitos idosos ficam desconfiados, com receio de falar de alguns aspetos da vida familiar e comprometerem a família por ausência de apoio. (E1).

Por vezes, os cuidadores mais velhos perdem a noção do que é para fazer; é necessário lembrar o que foi já feito e por vezes voltar atrás. (E2; E4).

Relativamente ao material de apoio, a opinião geral sobre o caderno do cuidador recai no excesso de informação. Consequentemente, os cuidadores mais velhos e com menos anos de escolaridade perdem-se com o número de páginas. Sobre o manual para aplicação, tem o conteúdo adequado para a implementação do programa pelos enfermeiros, mas o seu transporte diário, nas visitas domiciliárias, é pouco prático.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelam que os cuidadores percebem menos sobrecarga associada ao *caregiving,* usam mais estratégias de *coping* e indicam mais bem-estar após a intervenção com base num programa psicoeducativo de gestão do estresse. Tais resultados validam a hipótese do estudo, encontrando-se, para a sobrecarga, diferenças estatisticamente significativas. Tal dado parece confirmar que a intensidade de horas dedicadas à prestação de cuidados leva à sobrecarga intensa(21) que diminuiu para ligeira após a intervenção. Este dado valida a importância de as intervenções deverem ser pró-activas em vez de reativas para promoção da saúde dos cuidadores familiares(22).

Os resultados no aumento das estratégias do *coping* são similares ao estudo publicado pelas autoras do programa(23). Tratando-se de um programa de gestão do estresse, após a sua aplicação na forma de intervenção, as estratégias de *coping* aumentaram nos 3 domínios avaliados pelo mesmo instrumento no estudo realizado pelas autoras, com maior aumento no domínio da perceção alternativa da situação. Tal resultado parece significar

que o cuidador, na 3ª etapa do processo de gestão do estresse, refletiu nas estratégias habitualmente utilizadas para a situação identificada por ele como difícil na prestação de cuidados e percebeu outras estratégias de *coping* mais adaptadas ao caso, parecendo revelar a capacidade de aprender e pôr em prática novas estratégias de coping[13].

O resultado sobre o bem-estar do cuidador, na forma de sintomas depressivos, não foi avaliado em estudos publicados pelas autoras do programa. No entanto, esta é uma variável frequentemente usada nos estudos internacionais, na avaliação do efeito das intervenções sobre o bem-estar emocional do cuidador. A sua utilização neste estudo revelou tratar-se de uma variável sensível à intervenção de enfermagem. Assim, o resultado após a intervenção foi melhoria do bem-estar, à semelhança de estudo piloto realizado na Austrália[24]. Acrescente-se que, na categoria afeto positivo, a diferença foi estatisticamente significativa, revelando que o cuidador melhorou a valorização pessoal e o sentimento de felicidade.

Apesar do número limitado de observações, os dados qualitativos deste estudo revelaram resultados que merecem reflexão e podem ajudar em estudos seguintes. A verbalização dos cuidadores sobre a ajuda da intervenção aplicada pelos enfermeiros encontra fundamento na opinião de autor[25], ao referir que os valores humanistas e os conhecimentos psicossociais que a enfermeira tem sobre a pessoa são fundamentais para compreender e conhecer o seu comportamento adaptativo ou inadequado e ajudá-la a utilizar a totalidade do seu potencial para encontrar a melhor qualidade de vida possível após intervenções promotoras de adaptação ao estresse.

A dificuldade apontada à implementação da intervenção pelos enfermeiros recai, sobretudo, sobre a falta de tempo para aplicação na prática diária, uma vez que a intervenção contemplava um encontro de pelo menos 30 minutos semanais, durante 5 semanas. Este dado é consistente com os dados de estudo[26] que salienta esse fator como resistência à aplicação duradoura de uma intervenção de enfermagem junto dos cuidadores.

O número crescente de situações de incapacidade decorrentes do envelhecimento da população suscita reflexão sobre os cuidadores familiares como elementos mediadores, os quais devem ser entendidos como recurso institucional e, dessa forma, importante para a continuidade dos cuidados. Para tal, o enfermeiro, ao assumir a maioria dos cuidados domiciliários[27], ajuda o cuidador familiar a prosseguir o seu papel social após uma intervenção, com base num programa, centrada no cuidador e nas suas dificuldades.

É fundamental, no que se refere à estrutura dos cuidados de enfermagem no domicílio, que, no tempo dedicado à visita do enfermeiro, seja formalmente contemplado o tempo para intervir junto do cuidador familiar, pois a investigação evidencia os benefícios para a díade cuidador/idoso cuidado.

CONCLUSÃO

Este estudo piloto avaliou a eficácia da intervenção de enfermagem estruturada com base num programa psicoeducativo de gestão do estresse associado ao *caregiving*. Mesmo com um número reduzido de participantes, os resultados estatísticos apontam para a melhoria da sobrecarga, do *coping* e do bem-estar do cuidador familiar após a intervenção, 2 meses após o início dos trabalhos.

A análise qualitativa revelou a necessidade de sintetizar a informação no caderno do cuidador e explorar com os enfermeiros novas estratégias de aplicação da intervenção. Também forneceu informação útil sobre a aceitação da intervenção. Assim, pôde-se concluir que os cuidadores familiares revelaram que a intervenção ajudou na aprendizagem de novas estratégias de *coping,* perspectivando a continuidade do seu papel. Por parte dos enfermeiros, a intervenção ajudou-os a conhecer as dificuldades do cuidador, facilitando a abordagem holística do cuidado centrado no cuidador e no idoso.

No futuro sugere-se um estudo com a inclusão de maior número de participantes e de grupo de controlo, para comparar os resultados entre o grupo experimental e o grupo controlo.

COLABORAÇÕES:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Laura Maria Monteiro Viegas;

2 – redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Laura Maria Monteiro Viegas, Ana Maria Alexandre Fernandes e Maria dos Anjos Pereira Lopes Fernandes Veiga;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Ana Maria Alexandre Fernandes e Maria dos Anjos Pereira Lopes Fernandes Veiga.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes A. Saúde e doença e (r)evolução demográfica. In: Fonseca A, editors. **Envelhecimento, saúde, doença: novos desafios para a prestação de cuidados a idosos**. Lisboa: Coisas de Ler; 2014. p. 7-26.

2. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. **Censos. Resultados definitivos. Região Norte Portugal - 2011** [Internet]. Lisboa; 2012 [cited 2017 Nov 19]. Available from: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=156638623&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

3. Portugal. PORDATA. **Esperança de vida à nascença total e por sexo** [Internet]. Lisboa; Fundação Manuel do Santos [cited 2018 Abr 6]. Available from: https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%c3%a7a+de+vida+%c3%a0+nascen%c3%a7a+total+e+por+sexo-1260-209738

4. Family Caregiver Alliance, editors. **Caregiver Assessment: Voices and Views from the Field**. Report from a National Consensus Development Conference. San Francisco: National Center on Caregiving at Family Caregiver Alliance; 2006.

5. Lage I, Araújo O. A construção discursiva do cuidado informal a idosos dependentes: perceções, constrangimentos e práticas. In: Fonseca A, editors. **Envelhecimento, saúde, doença: novos desafios para a prestação de cuidados a idosos**. Lisboa: Coisas de Ler; 2014. p. 219-62.

6. Morris TL, Edwards L. **Family Caregivers**. In: Lubkin I, Larsen P, editors. Chronic illness. Impact and interventions. 6nd ed. Sudbury (CAN): Jones and Bartlett Publishers; 2006. p. 253-84.

7. Williams L. **Theory of caregiving dynamics**. In: Smith M, Liehr P, editors. Middle range Theory for nursing. New York: Springer Publishing Company; 2008. p. 261-75.

8. Au A, Gallagher-Thompson D, Wong MK, Leung J, Chan WC, Chan CC, et al. **Behavioral activation for dementia caregivers: scheduling pleasant events and enhancing communications**. Clin Interv Aging. 2015 Mar;10:611-9.

9. Couto A, Hell C, Lemos I, Castro E. **Cuidado domiciliar sob ótica de idosos dependentes: contribuições para a enfermagem**. Rev baiana enferm. 2016 [cited 2017 Nov 29];30(4):1-12. Available from: DOI 10.18471/rbe.v30i4.16068

10. Steffen A, Gant JR, Gallagher-Thompson D. Reducing psychosocial distress in family caregivers. In: Gallaguer-Thompson D, Steffen M, Thompson L, editors. **Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults**. New York: Spinger Publishing Company; 2008. p.102-17.

11. Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H. **A review of outcomes of individualized nursing interventions on adult paciente**. J Clin Nurs. 2008 Apr;17(7):843-60.

12. Zarit S. Assessment of family Caregivers: a research perspective. In: **Family Caregiver Alliance, editors. Caregiver assessment: principles, guidelines and strategies for change.** Report from a National Concensus Development Conference. San Francisco: National Center on Caregiving at Family Caregiver Alliance; 2006 (Vol. 2). p.12-37.

13. Lazarus RS, Folkman S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer; 1984.

14. De la Cuesta C. **Strategies for the relief of burden in advanced dementia care-giving**. J Adv Nurs. 2011 [cited 2017 Nov 20];67:1790-99. Available from: Doi.10.1111/j.1365-2648.2010.05607.x

15. Ducharme F, Trudeau D, Ward J. **Manuel de l'intervenant – gestion du stress - Programme psychoéducatif de gestion du stress destine aux proches-aidants d'un parent âgé à domiicile.** Montréal: Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal, Université de Montréal; 2008.

16. Sequeira C. **Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers**. J Clin Nurs. 2013 Feb [cited 2017 Nov 25];22:491-500. Available from: Doi: 10.1111/jocn.12108

17. Brito ML. **A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos** [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; 2000.

18. Carrilho da Cunha M. **Impacto positivo do acto de cuidar no cuidador informal do idoso: um estudo exploratório nos domicílios do Concelho de Gouveia** [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa; 2011.

19. Costa A. A **família cuidadora perante a dependência do seu familiar idoso** [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 2012.

20. Pereira S. **Cuidar de idosos dependentes: a sobrecarga dos cuidadores familiares** [dissertação]. Braga: Universidade Católica Portuguesa; 2015.

21. Ory M, Yee J, Tennstedt S, Schulz R. The extent and Impact of dementia care: unique Challenges Experienced by Family Caregivers. In: Shultz R, editors. **Handbook on dementia Caregiving: Evidence Base Interventions for Family Caregivers**. New York: Springer Publishing Company; 2000. p. 1-32.

22. Ducharme F, Dubé V, Lévesque L, Saulnier D, Giroux F. **An online stress Management Training Program as a Supportive Nursing Intervention for Family Caregiver of an Elderly Person**. Canadian J Nurs Inform [serial on the internet]. 2011 [cited 2016 Aug 20];6(2). Available from: http://cjni.net/journal/?p=1344

23. Ducharme F, Lebel P, Lachance L, Trudeau D. **Implementation and effects of an individual stress management intervention for family caregivers of an elderly relative living home: a mixed research design**. Res Nurs Health. 2006;29:427-41.

24. Leone D, Carragher N. Santalucia Y, Draper B, Thompson LW, Shanley C, et al. **A pilot of an intervention delivered to Chinese-and Spanish-speaking carers of people with dementia in Australia**. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2014 Feb;29(1):32-7.

25. Watson J. Nursing. **The Philosophy and Science of Caring.** Boulder (CO): University Press of Colorado; 1985.

26. Ferré-Grau C, Sevilla-Casado M, Lleixá-Fortuño M, Aparicio-Casals MR, Cid-Buera D, Rodero-Sanchez V, et al. **Effectiveness of problem-solving technique in caring for Family caregivers: a clinical trial study in an urban area of Catalonia (Spain).** J Clin Nurs. 2014 Jan;23(1-2):288-95.

27. Portugal. **Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2015. Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?** [Internet]. Lisboa; 2015 [cited 2017 July 10]. Available from: http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf

CAPÍTULO 16

A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA QUANTO A UTILIZAÇÃO DO SISPRENATAL *WEB*

Data de aceite: 10/01/2022

Núbia Fernandes Teixeira
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Uberlândia-UFU
Uberlândia- MG, Brasil
http://lattes.cnpq.br/2936277504541777

Frank José Silveira Miranda
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Uberlândia-UFU
Uberlândia- MG, Brasil
http://lattes.cnpq.br/2767676959222439

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Frank José Silveira Miranda.

RESUMO: Objetivo: Verificar a percepção dos enfermeiros do Programa Saúde da Família quanto a utilização do SISPRENATAL *WEB*, o sistema que traz a ficha de cadastro e acompanhamento do período gravídico-puerperal. **Método**: pesquisa de campo, descritiva com abordagem qualitativa. Participaram 35 enfermeiros, que atuam na atenção básica, e manuseiam o sistema. Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista semi-estruturada, após a análise dos dados foi fundamentada a análise de conteúdo. O estudo foi iniciado após autorização da Prefeitura Municipal de Uberlândia, e após a aprovação do Comitê de Ética. **Resultados**: Dada a importância da informação em saúde que foi disponibilizado pelo SI (Sistema de Informação) do DATASUS o SISPRENATAL *WEB*, sistema *on-line* que traz uma ficha/ferramenta informatizada para cadastro e acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério. Os dados coletados nesta ficha são armazenados e os mesmos geram indicadores em saúde, com informações claras, objetivas e em tempo real, com a finalidade de somar esforços para uma melhor atenção ao pré-natal, e redução da morbimortalidade materna e infantil. O sistema também contribui para o repasse de verbas aos municípios mediante o cumprimento dos procedimentos mínimos preconizados pelo Programa de Humanização Pré-Natal e Nascimento – PHPN - (conforme alimentação do sistema). **Conclusão**: Por meio deste estudo pode-se verificar que a ficha/sistema possibilita, por meio das informações geradas, o planejamento e a organização dos serviços de saúde. Porém, para que o sistema seja eficaz, deve ser alimentado periodicamente e atualizado, o que pode não estar sendo realizado, o sistema pode estar sendo sub-alimentado.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema de gerenciamento de dados; enfermagem; acompanhamento.

ABSTRACT: **Goal**: Verify perceptions of the nurses of the Families's Health Program as the use of SISPRENATAL WEB, the systems which brings the registration form and the puerperal cycle following-up. **Method**: Field research, descriptive with qualitative approach. 35 nurses, that work in the basic attention and operate the system, participated. The data were collected by a semi-structed interview technic, after the analysis the subject analysis (topic) was valid.

The study was started after the City Hall of Uberlândia authorization, and after the Ethics committee. **Results**: Presented the importance of information on health which was available by IS (Information System) of DATASUS the SISPRENATAL WEB, an online system that brings a file/ tool computerized for registration and prenatal, childbirth and puerperium. The data collected in that file were stored and they generate health indicators, with objective clear and real-time information, under the addiction efforts purpose to get a better attention to the prenatal, and the reduction of mother and child morbidity mortality. The system also contributes for the transfer funds to towns under minimum proposed procedures by PHPN (as the system supply). **Conclusion**: By means of this study it can be verified that the file/ system allow through created information, the planning and the health services organization. However, to make the system effective, it has to be periodical fuelled and updated, which it might has not been realized, the system may has been sub-fuelled.
KEYWORDS: System of data management, nursing, follow-up.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BCF	Batimentos Cardíacos Fetais
CAD-SUS	Sistema de Cadastramento de Usuário do SUS
DATASUS	Departamento de informática do SUS
dTpa	Vacina, difteria, tétano e coqueluche, acelular
DUM	Data da Última Menstruação
HIV	Vírus da Imunodeficiência humana
MS	Ministério da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
POPs	Procedimentos Operacionais Padrões
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SISPRENATAL	Software desenvolvido para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde.
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

1 I INTRODUÇÃO

Durante os nove meses de gravidez a mulher deve ter assistência médica e de enfermagem as quais visam evitar problemas para a mãe e criança e que esta assistência seja de qualidade e humanizada; a gestante deve se sentir acolhida.

O acompanhamento pré-natal deve iniciar tão logo a mulher descubra a gravidez,

segundo o Ministério da Saúde (MS) o mais precocemente possível, nos primeiros 120 dias de gestação, e nesse período deve ser ofertado a essa gestante o que preconiza o PHPN, dever ser proporcionados consultas, exames, esses atendimentos devem, ser registrados e monitorados, na ficha de cadastro e acompanhamento SISPRENATAL *WEB*, que está disponível em rede nacional aos usuários do SUS, e no cartão da gestante, por meio desse monitoramento é possível fazer o acompanhamento, diagnóstico e o tratamento de doenças pré-existentes ou das que possam surgir durante a gestação.

O atendimento proporcionado durante o pré-natal, deve ser proveitoso onde a escuta aberta deve estar presente, favorecendo a criação de vinculo, um momento pra esclarecer as possíveis dúvidas da gestante, seja elas relacionadas a gestação, ou também informações quanto aos seus direitos enquanto gestante. Direitos esses que foram conquistados gradativamente, pois há algumas décadas atrás, não havia uma politica pública eficaz em que atenção fosse voltada a saúde da mulher durante o período gravídico-puerperal, essa atenção de forma exclusiva se deu com a implantação do Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher em 1983.

Na busca por melhores resultados na assistência pré-natal os gestores federal, estadual e municipal estão somando esforços na tentativa de redução da morbi- mortalidade materna e perinatal. Tamanho são os desafios que os gestores – (SUS) Sistema Único de Saúde, reafirmaram o compromisso no pacto pela saúde em 2006 (BRASIL, 2006).

Devido ao aumento populacional, a ocorrência de agravos a saúde, o aumento da morbi-mortalidade materna e perinatal, os estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada, uniformizada, sistematizada e atualizada, onde as informações estejam disponíveis quando necessárias, que sejam de fácil acesso, que sejam claras, objetivas, coerentes e que estejam em conformidade com os parâmetros do Ministério da Saúde.

O SIS (Sistema de Informação em Saúde) é responsável por gerar e armazenar informações da rede pública de saúde a partir dos dados coletados do paciente, esses dados são a base para um atendimento seguro, humano, eficaz e garante suporte para a organização das ações do serviço de saúde.

Quando se fala em sistema de informação é importante refletir sobre os princípios básicos do sistema, coleta (origem e registro dos dados), processamento (recebimento e controle, avaliação) decisão e controle (análise preliminar dos dados).

> O Ministério da Saúde (MS) implantou no ano de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, com o objetivo de assegurar o acesso universal, atenção de qualidade à gestante ao parto e puerpério. Trouxe também mudanças na forma de coleta de dados e registro de informações referentes ao pré-natal, o sistema passa a ser informatizado o SISPRENATAL (BARBOSA, 2014, p. 43).

O SISPRENATAL é um *software* utilizado para coleta de dados, (cadastro/

monitoramento das gestantes em todo o Brasil) o sistema segue o que preconiza o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, que tem por finalidade o cadastro das gestantes atendidas pelo SUS, incentiva a captação precoce da gestante de até 120 dias de gestação, bem como acompanhamento do pré-natal com o mínimo de seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação, com objetivo de redução da morbimortalidade materna, o programa garante vacinação antitetânica e exames específicos, assistência ao parto e uma consulta puerperal até o 42 dia pós-parto.

Segundo Brasil (2011), a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, republicada em 1.º de julho de 2011 e a Portaria GM/MS n.º 2351, de 05 de outubro de 2011, em seu artigo 10º no componente Pré-Natal, defini que o sistema de acompanhamento da gestante será o SISPRENATAL. A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

O SISPRENATAL *WEB*, inserido dentro da Rede Cegonha**,** é um SISTEMA *on- line* que permite cadastrar a gestante, monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde até o atendimento hospitalar de alto risco.

O sistema foi desenvolvido, para identificar fatores que caracterizam, gravidez de risco, sendo que um dos objetivos é favorecer a segurança da saúde da mãe e da criança, e auxiliar na identificação de complicações responsáveis pelas principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. O SISPRENATAL *WEB* é hoje a base de dados oficial do Ministério da Saúde, é o sistema de monitoramento *on-line* de avaliação da atenção ao pré-natal e puerpério.

Visto a importância de uma assistência pré-natal de qualidade, que o novo sistema busca melhores resultados, para que se evite erros e não gere dúvidas nas informações, e que essas informações seja repassadas em tempo real.

Ocorreram notáveis modificações no número de informações, a ficha perinatal de acompanhamento do SISPRENATAL *WEB* conta hoje com 93 campos de preenchimento, a serem completados conforme a necessidade, e muitos possuem estratificação, o que pode gerar sobrecarga de trabalho, e o atendimento pode ser mais prolongado, por se tratar de um sistema *on-line* a página pode não estar disponível no momento da consulta, podendo ser desmotivador pra a gestante.

Dada a importância da informação no atendimento em saúde, uma assistência pré-natal de qualidade, respeitando o que preconiza o (PHPN) Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, foi disponibilizado em 2011 pelo (CAD-SUS) o novo programa de cadastramento e registro de dados da gestante o SISPRENATAL *WEB.*

Este sistema permite o cadastramento da gestante em tempo real, é hoje a base de dados oficial do Ministério da Saúde (MS) e permite a avaliação e o acompanhamento da atenção pré-natal, puerpério e período neonatal.

Um dos principais objetivos do programa é a redução da morbimortalidade materna e puerperal em todo território nacional, traçando uma reestruturação de planejamento e organização da atenção à gestante.

O enfermeiro como integrante da equipe de saúde que irá prestar atendimento à gestante é o responsável pela coleta de dados, informações (claras e objetivas), cadastro da gestante no SISPRENATAL *WEB* e preenchimento do cartão da gestante. Ele é o profissional que busca garantir uma assistência pré-natal acolhedora e humanizada.

Com o presente trabalho pudemos verificar a atuação e percepção do enfermeiro no novo sistema SISPRENATAL *WEB*, os benefícios e as dificuldades encontradas pelos profissionais desde a sua implantação no Município de Uberlândia-MG, Brasil.

2 I REFERENCIAL TEÓRICO

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa inovador trouxe melhorias, foi um importante avanço para a saúde da mulher, uma conquista, neste período surgiu também a preocupação com o grupo materno–infantil e com a saúde reprodutiva, lançado em 1983 pelo Ministério da Saúde.

> A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (BRASIL, 2012, p. 37).

Para Brasil (2011), o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas, neste contexto, o pré-natal deve garantir articulação com outros pontos de atenção.

Segundo Andreucci (2011), criado pelo Ministério da Saúde em meados de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, teve como objetivos assegurar acesso universal à atenção de qualidade à gestação, ao parto, puerpério e período neonatal, reduzir taxas de morbimortalidade materna e perinatal e complementar medidas já adotadas para aprimorar a assistência à gestante, na perspectiva dos direitos básicos de cidadania.

> Após a confirmação da gravidez em consulta, médica ou de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante, com seu cadastramento no SISPRENATAL. Os procedimentos e as condutas que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta de pré-natal. As condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados na ficha

perinatal e no cartão da gestante (BRASIL, 2005, p. 19).

Segundo Barbosa (2014), o SISPRENATAL é um instrumento de avaliação e permite o monitoramento da assistência pré-natal e puerperal fornecidas pelos serviços de saúde à mulher e ao recém-nascido “desde o primeiro atendimento na unidade de saúde até o atendimento hospitalar de alto risco.

“O termo acolhimento deve ser considerado na abordagem da grávida como o significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser” (RIOS, 2007, p. 479).

Segundo Brasil (2011), a consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

Segundo Brasil (2011), durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo.

“O PHPN, além da meta do atendimento humanizado, no modelo da atenção integral, incluía também a necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal” (ANDREUCCI, 2011, p.1053).

No sentido de promover uma atenção integral a gestante, é importante que o serviço e os profissionais estejam preparados para receber a gestante e fornecer uma assistência PN individualizada e de qualidade.

Conforme relatado por Lima (2012, p. 876) “O conhecimento dos profissionais sobre muitos aspectos das fichas foi divergente, o preenchimento das fichas foi feito de modo inadequado e foram verificadas falhas no sistema informatizado ”.

O “SISPRENATAL”, um *software* desenvolvido pelo DATASUS que possibilita o cadastramento e acompanhamento das gestantes no PHPN (CUNHA, 2009, p. 146).

Para Barbosa (2014), a alimentação desse sistema é de responsabilidade dos gestores dos municípios. É relevante que os profissionais sejam treinados para o efetivo preenchimento do banco de dados e minimização de possíveis falhas.

> O PHPN recomenda a realização de no mínimo seis consultas de pré- natal para uma gestação a termo, com início do acompanhamento ainda no primeiro trimestre da gestação, além de recomendar a realização de exames

> laboratoriais e clínico-obstétricos somados às orientações sobre aleitamento materno (POLGLIANE, 2014, p. 2000).

Segundo Cunha (2009), no entanto, o oferecimento de uma atenção qualificada está na dependência do desempenho qualificado por parte dos profissionais que assistem mulheres na gestação.

"Caracteriza-se também como responsabilidade dos gestores a educação permanente de toda a equipe de saúde de modo a garantir uma atenção de qualidade" (MIRANDA, 2010, p. 183).

Para Moimaz (2010), em seu estudo realizado em um município paulista, verificou-se, que vários prontuários estavam incompletos, com ausência de dados pessoais ou os mesmos estavam desatualizados.

Segundo Rodrigues (2011), dentre as categorias profissionais atuantes na atenção ao pré-natal, o enfermeiro ocupa uma posição de destaque na equipe, pois é um profissional qualificado para o atendimento à mulher, possuindo um papel muito importante na área educativa, de prevenção e promoção da saúde, além de ser agente da humanização.

"Ao entrar em contato com uma gestante, cabe à equipe de saúde saber compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família" (RODRIGUES, 2011 p.1043).

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Deve ser iniciado o mais precocemente possível no primeiro trimestre e deve ser regular e completo de forma a garantir que todas as avaliações propostas sejam realizadas, as informações geradas nas avaliações devem constar no cartão da gestante e na ficha de pré-natal, de acordo com o novo modelo de assistência pré-natal, SISPRENATAL, deve ser realizado no mínimo seis consultas.

Segundo Andreucci (2011, p. 855*)* " *software* Sisprenatal Desde sua implantação até hoje, os dados nacionais referentes ao PHPN ainda refletem baixa cobertura, com grandes variações por região do país".

"O acompanhamento da mulher, no ciclo grávido-puerperal, deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério" (BRASIL, 2005, p. 30).

> Observa-se que no Brasil ainda é muito forte a representação social das gestantes sobre o processo gestacional como um fenômeno natural, que contribui para a falta de cuidado na gravidez, a não aderência e evasão do programa pré-natal, o que tem culminado na alta incidência de distúrbios gestacionais graves (SHIMIZU, 2009, p. 388).

Uma das metas a ser alcançadas é a redução da morbimortalidade materna e perinatal. Segundo Cunha (2008 p. 146) "As altas taxas de morbimortalidade materna ainda permanecem como um desafio a vencer, e a atenção qualificada no pré-natal pode contribuir

significativamente na redução dessas taxas e promover uma maternidade segura".

"A realização de um diagnóstico das necessidades e problemas em relação ao atendimento pré-natal se faz importante para definir problemas potenciais e lacunas do serviço, implantar estratégias efetivas e estabelecer prioridades" (PEIXOTO, 2011, p. 287).

Segundo Benito (2009), num mundo em constante evolução tecnológica e modernização das atividades, tornou-se importante que as entidades de qualquer área de estudo, sejam públicas ou privadas, se adaptassem às novas perspectivas do mercado de trabalho.

"A partir disso, houve a criação dos sistemas de informação, que podem ser entendidos como qualquer *software* encontrado na internet, sendo possível o envio e recebimento de informações de uma ou mais pessoas, ou ainda, entre órgãos" (BENITO, 2009, p. 448).

"Os sistemas e informação tornaram-se um dos principais recursos computacionais capazes de propagar de maneira rápida, fácil e segura as informações necessárias para mediar a aprendizagem e auxiliar os profissionais no processo de trabalho" (BENITO, 2009, p. 448).

Com o aumento da informatização e a necessidade de se obter informações cada vez mais rápidas o sistema de informação é um importante aliando. Para Benito (2009, p. 448) "A utilização dos sistemas de informação no processo de tomada de decisão aumenta a eficiência dos serviços prestados a clientela, pois, disponibiliza profissionais capacitados e atualizados para atuarem nos serviços de saúde".

> No cenário atual dos serviços de saúde, a informação tornou-se a base para o desenvolvimento das instituições, tornando os sistemas de informação um instrumento essencial para a gestão do trabalho, contribuindo no que diz respeito às ações de gerenciamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação do trabalho em saúde (BENITO, 2009, p. 449).

Segundo Brasil (2012), para que seja possível o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal de forma organizada, foi disponibilizado pelo DATASUS, um sistema informatizado - Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – SISPRENATAL. O uso desta ferramenta nas instituições de saúde pública possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante.

3 I OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever a percepção dos enfermeiros quanto a utilização do SISPRENATAL *WEB*.

3.2 Objetivos Específicos

Verificar de que maneira as informações geradas a partir do preenchimento da ficha de cadastro e acompanhamento da gestante (SISPRENATAL *WEB*) contribuem para uma

assistência pré-natal de qualidade.

Identificar se os enfermeiros receberam capacitação adequada para o preenchimento da ficha.

Identificar possíveis dificuldades do enfermeiro quanto ao preenchimento da ficha de cadastro da gestante.

4 I METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. (Minayo, 1994, p. 21-22).

A pesquisa exploratória, este tipo de pesquisa tem como objetivo maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Envolvem entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado (GIL, 2007).

Segundo Gil (2002, p.176), "[...] a pesquisa é desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo".

4.2 Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde da Família em Uberlândia - MG. O município conta hoje com 59 UBSF, as quais participarão do estudo, essas unidades possuem equipe multiprofissional que atendem as gestantes no que diz respeito ao pré-natal. A equipe é formada por um médico da saúde da família, a equipe de enfermagem é formada pelo enfermeiro conta com auxiliares ou técnicos de enfermagem e também agentes comunitários de saúde, farmacêutico, nutricionista psicólogo, cirurgião dentista e assistente social. As unidades atendem de segunda à sexta-feira no horário das 07 as 17 horas, onde são prestados atendimento à população com a realização de procedimentos, tratamento odontológico, verificação de PA, verificação da glicemia capilar, exames laboratoriais, curativos, vacinação, consultas médicas e de enfermagem de modo geral, e em especial às gestantes da área de abrangência, este atendimento inicia-se com a primeira consulta de pré-natal, acolhimento ocasião em que é realizada o cadastramento da gestante no SISPRENATAL *WEB*.

4.3 Plano Amostral/População

Na seleção das Unidades Básicas de Saúde da Família, foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística intencional. Foram convidados a participar da pesquisa enfermeiros (sujeito de pesquisa) que estão desempenhando função em umas das UBSF

do município de Uberlândia.

O município comporta 73 equipes de saúde da família, distribuídas em 59 Unidades Básicas de Saúde da Família, das quais as quais duas unidades estavam sem enfermeiro.

Do total de 59 enfermeiros, 35 tiveram participação na pesquisa, oito recusaram- se e 14 não puderam ser contatados (não foi possível agendar horário). As entrevistas foram agendadas de acordo com disponibilidade do participante e realizadas após os sujeitos tomarem conhecimento da pesquisa e assinarem o Termo Livre e Esclarecido (TCE).

4.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de 07 de Março a 13 de Abril de 2016 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pelo número de parecer: 1.421.534 e CAAE 51437115.4.0000.5565 a coleta dos mesmos foi realizada pela acadêmica pesquisadora nas Unidades Básicas de Saúde da Família, por meio de agendamento prévio pela coordenação (UBSF). Para a coleta das informações foi utilizada entrevista semiestruturada e gravação de áudio (APÊNDICE A) com questionamentos voltados ao campo de atuação enquanto enfermeiros da (UBSF), mais especificamente relacionadas sistema de informação do DATASUS, o SISPRENATAL *WEB*.

As perguntas foram elaboradas pela pesquisadora juntamente com o Professor Orientador (APEÊNDICE A) e a entrevista foi realizada na UBSF com gravação de áudio, na data e horário agendado pelo participante onde a pesquisadora explicou sobre as finalidades e os objetivos da pesquisa e o enfermeiro assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em conformidade à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, (APÊNDICE B).

4.5 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos (as) enfermeiros que atuam nas equipes de saúde da família, Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), que estejam envolvidos com o pré-natal e que tenha acesso ao SISPRENATAL *WEB*.

Foram excluídos os profissionais que atuam na zona rural e distrital, e que não manejam a ferramenta SISPRENATAL *WEB*.

4.6 Análise dos Riscos e Benefícios

A pesquisa em questão não ofereceu riscos de identificação do sujeito participante, uma vez que a equipe executora se comprometeu a agir de forma sigilosa. Foi utilizada a abreviação ENF e a numeração de forma aleatória de 1 a 35 para preservar a identificação dos participantes. A todos os enfermeiros participantes foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE – APÊNDICE B) e a entrevista (APÊNDICE A) foi conduzida após o mesmo ter concordado em participar do estudo.

Quanto aos benefícios proporcionados pela pesquisa, cito: maior informação sobre como funciona o SISPRENATAL *WEB*, como os enfermeiros estão utilizando essa

ferramenta pra coleta de dados, mais informações sobre o sistema operacional.

4.7 Análise da Interpretação dos Resultados

Após a gravação de áudio das entrevistas, deu-se inicio à transcrição literal das mesmas de forma individual e na íntegra. Após a transcrição, foi realizada análise do conteúdo, leitura flutuante das entrevistas, a construção do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos das entrevistas. Estabeleceu-se um primeiro contato com os textos, uma tentativa de apreensão dos sentidos que os sujeitos deixarão transparecer em suas falas. Foi iniciada a separação das ideias, frases e parágrafos que identificassem as convergências e divergências dos participantes sobre o tema. Na exploração do material foram formuladas as categoria de maneira classificatória.

Após a análise de conteúdo chegou-se a duas grandes categorias, as facilidades (quanto ao uso da ferramenta/ficha e o então sistema SISPRENATAL *WEB)* e as dificuldades (em relação ao mesmo).

A categoria facilidades foi dividida em seis subcategorias: acompanhamento, benefícios do sistema, importância das informações (dados), padronização, clareza e objetividade e classificação de risco.

Por sua vez, a categoria dificuldades foi dividida em quatro subcategorias: acesso, ausência de capacitação, sobrecarga de trabalho e replicação das informações.

4.8 Considerações Éticas

Para a realização da pesquisa, buscando seguir as normatizações éticas seguiu-se o que preconiza a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP traduzidas nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

A pesquisa foi solicitada junto à Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia-MG e autorizada, conforme ANEXO C.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Facilidades

5.1.1 Acompanhamento

Gravidez não é doença, mas pode ocorrer nesse período, variações, biológicas, físicas, e psíquicas, é um período em que a mulher requer um acompanhamento e um monitoramento adequado (pertinente). Deve ser proporcionado uma assistência, de qualidade, incluindo ações que contribuam para a promoção e prevenção da saúde da gestante, cuidando para que seja uma gestação tranquila, e que o feto seja saudável.

A assistência pré-natal passou por transformações, ao longo de sua história, vem acompanhando as mudanças, se adequando as tecnologias, para garantir uma melhor

assistência, a gestante. Hoje o MS, trabalha com o SISPRENATAL *WEB*, que permite o cadastro e o acompanhamento da gestante com registro de informações em tempo real, desde o início da gravidez até a consulta puerperal.

Considerando que o acompanhamento pré-natal, compreende o acolhimento, a realização de consultas médica, de enfermagem, monitorização do peso, altura a realização de exames de rotinas, e ainda complementares, a atualização do cartão de vacinas, os antecedentes obstétricos dentre outras ações. Tão importante quanto ter o acompanhamento é ter os registros dos dados gerados nesse acompanhamento. Para isso, foi desenvolvida uma ficha, um novo sistema, o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal, Parto e Puerpério.

Essa nova ferramenta, o SISPRENATAL *WEB* tem a finalidade de cadastrar as gestantes por intermédio do acesso à base do Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CAD-SUS), disponibilizando informações em tempo real na plataforma *web*, o que torna possível a avaliação dos indicadores pela Rede Cegonha e o cadastramento das gestantes para vinculação ao pagamento de auxílio- deslocamento, conforme dispõe a Medida Provisória nº 557, de 26 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2012, p. 45).

Um dos objetivos da criação dessa nova ferramenta, foi facilitar a assistência à saúde da gestante no que tange ao acompanhamento e monitoramento.

Considerando as facilidades da ferramenta (ficha de cadastro SISPRENATAL *WEB*) questionou-se aos participantes, como essa ferramenta facilita a assistência à saúde da gestante e também foi solicitado que exemplificassem. Verifica-se que o os enfermeiros das Unidades Básica de Saúde da Família percebem que:

> *"Ela facilita o acompanhamento da gestante nas três etapas, durante a gestação, no parto e no puerpério".(ENF16).*

Segundo Brasil (2012, p. 32) "o acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada".

> *"Bom, é o sispre..... o sis web né? veio como uma ferramenta de organização, né da ficha da própria gestante, então no que ele auxilia muito né? E...ter o controle né? Das consultas das gestantes né? Ter onde registrar os exames, né? e sistematizar mesmo o atendimento da gestante né? informatizar também, que hoje vê que cada vez tá ficando mais informatizado, então ajuda bastante no acompanhamento da gestante, pra que ela não se perca né?, sem uma sistematização do atendimento dela." (ENF20).*

O acompanhamento pré-natal é fundamental, pois através das consultas, exames, é que são verificado o desenvolvimento o feto, além disso as consultas podem ajudar a gestantes durante a fase de adaptação, é um momento de troca de informações, entre a gestante e o profissional de saúde.

> Esse Sistema de Informação em Saúde (SIS), permite a caracterização da assistência prestada ao período gravídico-puerperal, ampliando o rol de

> informações sobre esse tipo específico de assistência e possibilitando que cada gestor possa tomar as medidas necessárias, com vistas a garantir o cumprimento dos requisitos do Programa e o pagamento dos incentivos, pressupondo que isso redunde em melhoria da qualidade da atenção pré-natal. (LIMA, 2012, p. 877).

O sistema faz o acompanhamento mediante relatórios de atendimento, ou seja, mediante o atendimento e o registro do mesmo, documenta, e através do PHPN estabelecem procedimentos a serem realizados no acompanhamento da gestação.

> *"Pra gestante, ela auxilia a secretaria, a receber verbas pra um bom tratamento pré-natal". (ENF19).*

A ficha que é uma ferramenta inserida no PHPN que, além de trazer os benefícios do registro dos dados (informações) para que o serviço de saúde tenha um acompanhamento e monitoramento da saúde da gestante, auxilia o município na captação de verbas, mediante a alimentação do sistema.

> O repasse de recursos financeiros depende do cumprimento dessas atividades e para acompanhá-las e também para formalizar a adesão do município ao PHPN, foi viabilizado um sistema de acompanhamento chamado SISPRENATAL, a alimentado sistematicamente com dados relativos ao atendimento das gestantes.Com a publicação da Portaria 1.067, a assinatura do termo de adesão foi dispensado e o sistema passou a ser disponibilizado a todos os municípios.(LIMA, 2012,p. 877)

5.1.2 Padronização

Padronização é a "ação ou efeito de sistematização, uniformização, pela adoção de um único modelo" (Dicionário Online de português).

A padronização em serviços de saúde pode apresentar resultados positivos que vão desde a qualificação profissional, agilidade e até a redução de riscos. Os Procedimentos Operacionais Padrões (POPs) são manuais que orientam as ações dos profissionais envolvidos no cuidado, de acordo com normas e diretrizes da instituição.

A falta de padronização pode gerar desencontro de informações, falhas na assistência, distorções nos procedimentos e custo. Para que todas as gestantes tenha o mesmo nível de atendimento no pré-natal, que a ficha de cadastro e monitoramento da gestante é uma só em todo Brasil.

Quando pergunto aos Enfermeiros do Programa da Saúde da Família se a ficha de cadastro e acompanhamento da gestante SISPRENATAL *WEB* é a mesma para todas as gestantes, apresentam o seguinte discurso:

> *"Sim, ela é padronizada". (ENF10)*
>
> *"Sim, é a mesma para todas as gestantes". (ENF13)*
>
> *"A mesma". (ENF04)*

Para Cunha (2009, p.149) “Os padrões de protocolos nacionais que definem o tipo de cuidado que se oferecem em cada nível do sistema de saúde são essenciais para orientar e apoiar a prática da atenção de qualidade”.

O que se percebe é que a ficha de cadastro e acompanhamento da gestante é uma só para todas as gestantes, padronizada, ela é utilizada como apoio, roteiro na consulta de enfermagem, permitindo o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e puerpério.

A ficha permite avaliar a qualidade da assistência pré-natal, por ser *on-line* permite que o serviço de gestão acompanhe em tempo real, o fluxo de informações, e através desses dados (informações) pode ser tomadas condutas, com finalidades de melhorias na assistência pré-natal.

5.1.3 Clareza e Objetividade

O prontuário do paciente é um documento, e a ficha de acompanhamento e monitoramento do pré-natal faz parte do prontuário da gestante, ela deve ser clara e objetiva, pois ela traz o histórico, o registro dos atendimentos, ou seja, as informações não devem gerar dúvidas para quem tem acesso às mesmas.

Quanto à clareza e objetividade da ficha, foi colocado pelos enfermeiros das (UBSF) Unidades Básicas da Família que:

> *“É ela é clara objetiva sim é bem tranquila de preencher fácil objetiva até na hora que você vai perguntar e prática”. (ENF10)*
>
> *“Sim, é clara e objetiva, já tive fichas de outro estado que veio pra cá e tava com os dados correto”.(ENF18)*
>
> *“Sim, ela é clara e objetiva”. (ENF13)*

Sobre a clareza do prontuário, Thofehrn (2006, p. 3) afirma que “O prontuário deve ser compreendido por outros profissionais para que seja possível dar continuidade ao tratamento de um paciente e sua legibilidade é exigida no código de ética da profissão”.

Uma ficha clara e objetiva deve permitir a comunicação entre o paciente (gestante) e o enfermeiro e entre a equipe que presta atendimento, e deve garantir a integridade das informações, permitindo assim a continuidade da assistência onde quer que a gestante se apresente, seja no serviço de baixo, médio ou alta complexidade (risco).

5.1.4 Informação

As informações no serviço de saúde são de suma importância, elas podem contribuir para um processo de reflexão, avaliação e tomada de decisões. Essas informações devem ser claras e objetivas e atualizadas continuamente.

Quando pergunto aos enfermeiros das UBSFs se eles acreditam que o número de informações solicitadas na ficha SISPRENATAL *WEB*, é adequado, eles me respondem que:

“Sim, são várias informações que a gente, precisa, e só entrar nele que estão todas lá”. (ENF32)

“Sim, as informações são adequadas sim”. (ENF01)

“Sim é adequado”. (ENF30)

“É adequado”. (ENF33)

Nos dias atuais onde a informatização está crescente, foi criado e aperfeiçoado o sistema de informação dos serviços de saúde (SIS), foi disponibilizado pelo DATASUS o Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Todos os dados dos municípios brasileiros são inseridos no DATASUS a partir da alimentação local do SISPRENATAL.

O programa traz a ficha de cadastro e acompanhamento da gestante, e permite o monitoramento do ciclo gravídico-puerperal. A ficha traz 93 campos de informações, e muitos possuem estratificação.

Mais do que quantidade devemos presar pela qualidade das informações, pois elas refletem, impactam, diretamente na qualidade e na continuidade da assistência. É importante salientar que essas informações, devem resguardar a saúde da população.

Para Benito (2009, p. 447) “Os sistemas de informação, enquanto instrumentos de trabalho na saúde, são importantes [...] Estes são capazes de estruturar operacionalizar, supervisionar, controlar e avaliar o desemprenho do departamento/serviço/unidade”.

Os dados são fundamentais, pois é por meio deles que são geradas as informações e a partir dessas informações gera-se um plano assistencial.

Ao perguntar aos enfermeiros das UBSFs, sobre a existência de algum dado irrelevante na ficha SISPRENATAL *WEB*, eles afirmam que:

“Dado irrelevante?! Não, vejo que todos os dados são imprescindíveis”. (ENF24)

“Eu acho que a parte das consultas mesmo, e dos exames né? Importante”. (ENF10)

“Não, todos são relevantes”. (ENF07)

Para Ferreira, (1999, p.3)

> Os dados são a base para gerarmos informações. Os dados que escolhemos e o modo como os combinamos refletem o referencial explicativo (os pressupostos, os valores etc.) que orienta a nossa visão de mundo, ou seja, o nosso “modo de ver” ou de conhecer uma determinada situação.

A ficha SISPRENTAL *WEB* é uma ferramenta de coleta de dados, utilizada para o cadastro e acompanhamento da gestante, no Sistema Único de Saúde (SUS), esses dados, são a base para um atendimento seguro, humano, e garante suporte para a organização das ações do serviço de saúde.

O programa trouxe também mudanças na forma de coleta de dedados e registro das

informações, referentes ao pré-natal, o sistema passa a ser informatizado.

Os esforços do PHPN estão voltados para a redução morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal. A ficha cadastra diversos dados sobre assistência pré-natal, desde a primeira consulta, vacinas, exames, e a consulta de puerpério.

Porém, quando pergunta-se sobre a possível falta algum dado essencial na ficha SISPRENATAL *WEB*, os enfermeiros das UBSFs, em sua maioria, acreditam que não, mas, outros relatam que faltam um campo para colocação do exame da Toxoplamose e outros exames solicitados, além do registro da vacina dTpa (difteria, tétano e coqueluche, acelular, que deve ser administrada em dose única na 28º semana de gestação). Vamos às informações:

> *"Não, acho que ela é bem completa." (ENF02)*
>
> *"Não, ela está completa." (ENF06)*
>
> *"Falta, pra colocar, onde, a data, do exame toxoplasmose, o teste rápido." (ENF34)*
>
> *"Talvez esse dados...esses novos exames que foram inseridos, coleta de swabe não tem resultado, agora a gente faz outros exames da "toxo", pelo NUPAD, não tem campo pra colocar, então de repente poderia tá sendo inserido na rotina né?."(ENF08)*
>
> *"É a vacina dTpa". (ENF23)*
>
> *"Sim, achei interessante que ela não tem essa opção, ruim não ter Sífilis, VDRL não tem essa identificação na ficha[...]". (ENF05)*

A ficha possui 93 campos a serem preenchidos conforme a necessidade. Em consulta à ficha, verifica-se que o campo específico para o registro da vacina dTpa já existe, o campo para registro de solicitação e resultados de VDRL e Toxoplamose, também é contemplado, embora a ficha não apresente um local específico para informação do teste rápido da Toxoplamose – o que foi questionado por alguns participantes da pesquisa.

Foi verificado ainda, que a ausência de um campo específico para tais informações não impede que as mesmas sejam registradas, pois a ficha SISPRENATAL *WEB* disponibiliza o campo "outros". Assim, para que as informações relacionadas ao acompanhamento da gestante não sejam omitidas é necessário que os profissionais sejam capacitados e conheçam a ficha para o adequado preenchimento, pois a falta de dados pode comprometer os resultados.

Ainda sobre a importância das informações, perguntados se os enfermeiros consideram se a falta do preenchimento de alguns campos/itens da ficha podem acarretar problemas no decorrer do pré-natal, as respostas foram divididas: enquanto alguns percebem que podem comprometer, outros percebem que não. Vamos às falas:

> *"Então eu utilizo uma outra forma de monitoramento, não utilizo só a forma do SIS, sistema web né?, então eu faço o meu monitoramento no meu caderno então o que falta lá pra mim não vai fazer diferença porque eu monitoro a gestante eu faço meu controle próprio".(ENF01)*

"Problemas não, porque o acompanhamento, ele não gera relatório, então a gente na verdade hoje só faz o cadastro e gera esse número de SIS, pro município tá recebendo a verba que vem do ministério pra tá fazendo o pré-natal[...]". (ENF06)

"Sim a falta de informação dificulta né?, a o atendimento e o acompanhamento dessa gestante". (ENF10)

"Sim, a data da última menstruação, se deixar sem a gente não consegue nem cadastrar, e consultas, exames, ai dá diferença, né?". (ENF29)

Uma vez que não se faz a adequada alimentação do sistema (ficha), podem-se perder esses dados, a ficha fica incompleta, o município pode não receber os incentivos financeiros do MS, pois o cadastro e o acompanhamento da gestante deve ser iniciado o mais precocemente possível, se possível nos primeiros 120 dias de gestação, e só se encerra no 42º dia, na consulta puerperal.

Ao longo desses nove meses de gestação, a gestante deve ter assegurado o mínimo de 6 (seis) consultas, registrados, as vacinas, o exames, de rotina e também exames extras, a falta de registro desses dados, pode gerar uma ficha incompleta, pode gerar dúvidas, o que gera reflexos negativos na cobertura de pré-natal, uma vez que através desses dados são gerados as informações, e os indicadores.

A ficha de cadastro e acompanhamento da gestante faz parte do seu prontuário, esse deve ser claro, objetivo.

"Por ser o prontuário um instrumento valioso para o paciente e para todos os profissionais da saúde, o correto e completo preenchimento tornam-se grandes aliados para avaliação da qualidade de assistência prestada." (THOFEHRN, 2006).

Os profissionais de saúde devem estar preparados para prestar um atendimento de qualidade, o enfermeiro, das UBSFs ao fazer a consulta de enfermagem durante o pré-natal, deve-se realizar o acolhimento da gestante, a escuta ativa, demonstrando interesse pela gestante.

A Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, diz que a consulta de enfermagem é uma atividade independente, privada, e tem o objetivo de promoção da saúde da gestante, e que o enfermeiro pode acompanhar o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde.

5.1.5 Classificação de Risco

A consulta de enfermagem durante o pré-natal trás benefícios para o binômio, reduzindo a taxa de mortalidade materno infantil, contribui para identificação de fatores de risco durante o período gestacional. Uma das atribuições do enfermeiro no atendimento da gestante é:

> Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora

> significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência. (BRASIL, 2012, p. 47)

O acompanhamento pré-natal e fundamental, e uma vez que é identificado fatores que trazem risco ao binômio, os cuidados e a atenção devem ser intensificados. No entanto a equipe de saúde que assiste a gestante deve estar atenta aos fatores de isco, e saber conduzir o tratamento.

De acordo com Brasil (2012, p. 58-61) os fatores de risco estão classificados, em: Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica, fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco e fatores de risco que indicam o encaminhamento à urgência/emergência obstétrica.

Durante a entrevista, foi perguntado aos participantes, se o sistema de monitoramento da gestante a ficha, SISPRENATAL *WEB*, contribui para identificação de fatores que caracterizam gestação de alto risco.

> *"Sim, tem alguns dados, que você coloca lá, ao cadastrar a gestante, no momento que você coloca, por exemplo, um peso elevado, já vem a classificação vermelha, que é alto risco, ou as vezes uma escolaridade muito baixa né?, baixa escolaridade também já classifica como, amarela".(ENF13)*
>
> *"Com certeza, e ainda me ajuda nesse fator pra que eu possa encaminhar." (ENF03)*
>
> *"Sim, com os resultados de exames [...] que dão alterados ajuda a identificar". (ENF10)*
>
> *"Sim, porque lá você coloca, médio e alto risco". (ENF18)*
>
> *"Sim, se for preenchido da forma correta". (ENF20)*

Ao realizar a primeira consulta de enfermagem, a gestante deve ser orientada quanto aos fatores de risco, deve ser usada uma linguagem clara, de modo que a gestante compreenda tais informações, deve-se ainda realizar o cadastro da gestante no SISPRENATAL, fornecer o cartão da gestante preenchido, o cartão e a ficha de monitoramento devem ser atualizados a cada consulta.

5.1.6 Benefícios do Sistema

Como benefícios pode-se verificar que fornece informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento, melhora ao acesso das informações, melhor cobertura e melhor qualidade no acompanhamento pré-natal, permite o repasse de incentivos financeiros aos municípios mediante o cumprimento das ações mínimas contempladas no programa PHPN.

A percepção dos enfermeiros quantos aos benefícios da ficha, foi relacionado aos benefícios trazido ao pré-natal, e quanto ao trabalho do enfermeiro no atendimento a gestante.

Quanto aos benefícios trazidos pela ficha SISPRENATAL *WEB* ao pré-natal, os

enfermeiros das Unidades Básicas da Saúde da Família, percebem que:

> *"É o histórico da paciente, você saber quem é ela não importa onde ela for". (ENF02)*
>
> *"Eu acho assim, é um acompanhamento on-line igual eu te falei tanto que eu posso verificar a qualquer momento [...] então eu acredito que esse seja o maior beneficio de acompanhamento". (ENF03)*
>
> *"Informatização". (ENF28)*
>
> *"O levantamento de dados, levantamento de dados clínicos, antecedentes familiares, antecedentes pessoais [...]". (ENF08)*

O SISPRENTAL *WEB* é um sistema informatizado, de coleta de dados, um instrumento *on-line*, que opera em rede nacional, esse sistema foi disponibilizado para cada município no intuito de facilitar o cadastro e o acompanhamento da gestante.

Segundo Andreucci (2011, p. 1054) "O SISPRENATAL visa obter informação em saúde durante o pré-natal, parto e puerpério, ação fundamental para avaliação do cuidado em diferentes contextos".

Quando a gestante é cadastrada, logo na primeira consulta no sistema é preenchida a ficha de cadastro e acompanhamento, essa ficha (cadastro) possibilita que o período gravídico-puerperal seja acompanhado pela equipe da UBSF em que ela faz o pré-natal, bem como esse pré-natal pode ser acompanhado pela gestão, além de proporcionar a inclusão dessa gestante em programas sociais, e gerar relatórios de indicadores.

A ficha trouxe condutas para as consultas de pré-natal, que devem ser seguidas, uma vez que a ficha e mesma para todas as gestantes, em modelo único, sendo que a partir dos dados coletados, vão ser geradas as informações, desde que a ficha (programa seja devidamente alimentado) em cada consulta de enfermagem ou médica.

Porém houve divergência na percepção dos enfermeiros, que fica clara nas falas a seguir:

> *"No meu ver é nenhum, é só uma burocracia de preenchimento porque eu tenho minhas próprias planilhas, minhas próprias[...]que a gente, assim é organiza bem melhor[...]ficar preenchendo o sistema, porque esse novo, ele num te dá muito assim, dados, ele não consolida, o SISPRENATAL antigo, era perfeito, esse, não, esse aqui você não consegue consolidar nada". (ENF19)*

Com a informatização dos serviços, o crescente aumento da população, e a necessidade de se ter informações claras e objetivas, o MS disponibilizou junto ao DATASUS, o sistema de cadastro e acompanhamento da gestante SISPRENATAL *WEB*, que permite uma comunicação rápida e arquiva os dados que são de suma importância pra o serviço de saúde.

"[...] A utilização dos sistemas de informação no processo de tomada de decisão aumenta a eficiência dos serviços prestados a clientela [...]" (BENITO ,2009, p. 448).

Uma vez que o sistema é preenchido (alimentado) com os dados, vão ser geradas

as informações, que por sua vez gera os indicadores, que são essenciais nas tomadas de decisão, pois permite verificar o alcance de metas.

No que se refere funcionalidade do SISPRENATAL *WEB*, segundo Brasil (2007, p. 50)

> monitora e avalia as ações programáticas; cadastra dados diversos sobre os procedimentos envolvidos na assistência pré-natal, desde a primeira consulta, exames, vacina antitetânica, acompanhamentos e consulta de puerpério, gera relatório de indicadores e cerca de 40 relatórios de acompanhamento. o sistema gerar relatório de indicadores, disponibiliza registro diário dos atendimentos às gestantes.

Com relação percepção dos enfermeiros das UBSFs quanto aos benefícios trazidos pela ficha ao trabalho do enfermeiro no atendimento a gestante, verifica-se que para alguns dos entrevistados existe os benefícios, enquanto que pra outros isso não se aplica.

> *"[...]Não, assim, pra te falar a verdade não, só acho que ela é uma ficha que é obrigatória fazer né? Mas que beneficia o atendimento acho que não[ ]".(ENF13)*
>
> *"Beneficio? Não, não mudou muito o que já fazia não". (ENF29)*
>
> *"Sim, o acompanhamento". (ENF15)*
>
> *"Você faz a busca ativa da gestante, você vê se ela é uma paciente de risco você busca ali, vacinas, busca ali também". (ENF24)*
>
> *"Sim, a gente pode tá localizando essa gestante em qualquer lugar da cidade". (ENF16)*

Segundo Benito (2009, p. 448) "Com este novo instrumento de trabalho em saúde, pode-se afirmar que os profissionais de saúde poderiam estar beneficiando as suas práticas gerenciais atendendo os interesses no que envolvem o trabalho e o trabalhador.".

5.2 Dificuldades

5.2.1 Acesso

Quando se reflete sobre a informatização dos serviços de saúde teve um processo longo, em comparação a outros setores.

A internet é uma tecnologia que facilita a comunicação e uma importante característica da mesma é o seu dinamismo, a rapidez com que os dados são colocados. No trabalho percebe-se que a tecnologia está cada dia mais presente.

Considerando que a ficha de cadastro e acompanhamento da gestante está disponível *on-line*, e é gerida por um sistema de informação, faz-se necessário que o acesso à internet seja garantido, porém, a qualidade da internet no Brasil está longe de ser uma das mais rápidas do mundo.

A informatização não ficou fora dos serviços de saúde, no entanto um dos entraves na utilização dos sistemas é o acesso a internet.

Segundo Prado (2010, p. 3) "Os SI permitem com que os administradores tenham

a informação certa no momento certo, ajudam também a registrar dados e permitem a verificação de tendências e padrões, ajudando-os a tomarem decisões mais corretas”.

As dificuldades percebidas pelos enfermeiros que participaram da pesquisa quanto ao preenchimento e manutenção da ficha estão relacionadas à disponibilidade da internet, o acesso ao sistema (instável), manter a ficha atualizada (alimentar o sistema), e ainda houve relatos de que a dificuldade está relacionada a demanda da unidade, e a extensão da ficha.

> *“O sistema e lento, o sistema vezes tá fora do ar, e questionário muito extenso”. (ENF28)*
>
> *“[...] é a extensão da ficha [...]é a questão da instabilidade do sistema, então o sistema as vezes é muito instável [...] tem dia que não funciona [...]”. (ENF20)*
>
> *“A dificuldade da manutenção, é que a gente tem uma grande demanda aqui na unidade [...] não tem muito tempo de atualizar no tempo certo”. (ENF33)*
>
> *“[...] a dificuldade é porque as vezes o número de gestante tem, né?[...] ficar mantendo, tanto, é alimentando os dados fica complicado né?[...] mas, a gente tenta né?[...]”. (ENF35)*
>
> *“O preenchimento é tranquilo, a manutenção que é muito trabalhoso tá digitando de todos os profissionais, isso demanda tempo da enfermagem [...]”. (ENF07)*

A internet é hoje de fundamental importância nos mais diversos seguimentos sociais, no comércio, lazer e nos serviços de saúde, porém uma das queixas frequentes os usuários é quanto ao acesso e velocidade da mesma.

> No Brasil, felizmente, o acesso à internet vem sendo democratizado, inclusive com serviço gratuito em logradouros e prédios públicos, além de lojas e restaurantes, mas em compensação, sua qualidade é lamentável. Conforme especialistas, o Brasil tem hoje uma das redes de internet mais lentas do planeta, originando cada vez maiores queixas, pois é crescente o número de usuários. (SPERAFICO, 2015)

Uma das dificuldades citadas é quanto à manutenção da ficha, ou seja, a alimentação do sistema. Segundo Barbosa (2014, p.45) “A alimentação desse sistema é de responsabilidade dos gestores dos municípios”.

São atribuições que se estende ao enfermeiro e o médico da Unidade Básica de Saúde “Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta.” (BRASIL, 2012, p. 45-47).

Porém o que se percebe durante a coleta de dados nas UBSFs, é que essa atribuição recai somente ao enfermeiro, uma vez que a alimentação da ficha demanda tempo, e a disponibilidade do sistema.

> *“[...] a dificuldade maior no sistema, [...] o acompanhamento médico [...], porém o médico não faz alimentação desse sistema [...]”. (ENF03)*

Segundo Benito (2009, p. 448) “Vale evidenciar, que uma das grandes dificuldades observadas na aplicação dos sistemas de informação, é a aceitação dos profissionais em relação a estes recursos computacionais.”.

Uma vez que não se faz a adequada alimentação da ficha, não se registra e não há a documentação dos dados e procedimentos, a ficha apesenta-se deficiente, o processo das informações parecem subnotificados.

5.2.2 Capacitação

A capacitação profissional se faz necessária pra se manter a qualidade do atendimento nos serviços de saúde. É muito importante que se faça investimentos em tecnologias, mas deve ser levado em consideração o desenvolvimento humano, o conhecimento, habilidades, e o desempenho do profissional.

A capacitação relacionada aos profissionais da saúde deve ser vista como investimento, pois reduz os riscos, que por sua vez aumenta a qualidade do serviço (atendimento).

Segundo Miranda (2010, p. 183) “Caracteriza-se também como responsabilidade dos gestores a educação permanente de toda a equipe de saúde de modo a garantir uma atenção de qualidade”.

Quando questionado aos enfermeiros participantes da pesquisa se houve alguma capacitação da equipe/enfermeiro para o preenchimento da ficha de cadastro/ acompanhamento da gestante SISPRENATAL *WEB*, dos 35 participantes, 18 responderam que não recebeu capacitação, e 17 relatam que houve um treinamento, porém foi apenas no inicio do programa. Isso fica claro nas falas a seguir:

> *“Nesta unidade não, nesta unidade a gente teve que ficar mexendo e descobrir como que funciona, como é que se mexe”. (ENF01).*
>
> *“Quando mudou para o web, é nós tivemos[...] a coordenadora dessa questão no município enfermeira, ela foi no local e falou um tarde pra cada enfermeiro, pelo menos aqui foi assim[...] desde então eu não tive outra capacitação, sempre estou utilizando desde essa data”. (ENF05)*
>
> *“Não, a gente foi aprendendo sozinha mexendo”.(ENF19).*
>
> *“Assim que foi implantado a gente teve”. (ENF33).*

Para Barbosa (2014, p. 45) “É relevante que os profissionais sejam treinados para o efetivo preenchimento do banco de dados e minimização de possíveis falhas”.

O profissional que vai manipular a ferramenta deve estar devidamente capacitado para que não haja perdas dos dados, uma vez que a ficha é alimentada a cada atendimento.

Segundo Benito (2009, p.448) “Para os profissionais da saúde a necessidade de manter-se atualizado é fundamental para aprimorar sua prestação de serviços, garantindo-a com qualidade à clientela”.

Os reflexos de uma equipe capacitada, mede-se na organização, na motivação, e

na eficiência.

5.2.3 Sobrecarga de Trabalho

Não é possível falar em serviços de saúde sem relacionar o enfermeiro, pois a enfermagem tem contribuído para o alcance de metas em saúde.

Nas Unidades Básicas de Saúde da Família, o enfermeiro é responsável por coordenar toda a equipe, cumpre função administrativa e assistencial. Planeja, organiza, promove educação continuada para a equipe, e a população.

A enfermagem tem conquistado respeito e autonomia profissional, por estar embasada no conhecimento técnico-cientifico.

> "O enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e proativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões". (BACKES, 2012, P. 224).

Durante o ciclo gravídico-puerperal a atenção prestada deve ser de qualidade, de caráter acolhedor e humanizado e o enfermeiro, assim como toda a equipe da UBSF, devem estar preparados para ofertar à mulher uma atenção integral, visando a promoção, prevenção e proteção da saúde da gestante.

Devido aos altos índices de mortalidade materna e infantil foi criado pelo MS o PHPN, que trás um elenco mínimo de ações a ser realizadas durante o pré-natal e o enfermeiro tem fundamental importância, pois ele é citado enquanto equipe, e há atribuições específicas ao mesmo.

Brasil (2012, p. 47) traz as atribuições do enfermeiro relacionadas ao Pré-natal, dentre outras cito:

> Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta); Realizar a consulta de pré- natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a). (BRASIL, 2012, p. 47).

Diante das várias atribuições do enfermeiro na (UBSF), foi questionado aos participantes da pesquisa: Você considera que a ficha de cadastro/monitoramento (SISPRENATAL *WEB*) pode gerar sobrecarga de trabalho ao enfermeiro?

Houve participantes que responderam que não, eles percebem a ficha como sendo de rotina, uma vez que a internet esteja disponível. Porém houve participantes que responderam que sim, atribuindo à possível sobrecarga de trabalho à extensão da ficha, a lentidão do sistema, a demanda da unidade, a falta de tempo e ao acompanhamento (alimentação do sistema) – que às vezes é delegado a terceiros. Seguem as falas:

> *"Acredito que não, isso está incorporado, uma coisa tão prática, que você tendo o funcionamento da internet [...] você faz isso muito rápido". (ENF05)*
>
> *"Não, entra na rotina normal." (ENF15)*

[...] igual uma unidade, igual essa aqui, bastante gestante, que tem muita mesmo, gera sim, porque é um sistema lento [...] se tiver 4 pré- natal eu fico preso[...].” (ENF18)

“Ao enfermeiro sim, de acompanhamento, o cadastro não [...] mas o acompanhamento eu delego.” (ENF29)

“Só se o número de gestante for muito grande, já tive, tive uma época que eu tive muita gestante, eu não conseguia, é dar andamento no SisPreNatal, pra todas as gestantes [...] da alimentação, porque você tem que dispor de um tempo pra alimentar, pra ver os prontuários [...] demanda muito tempo.” (ENF35)

“Gera, com certeza gera, porque é muito extensa [...] principalmente com a caderneta da gestante que é um livro.” (ENF20)

Segundo Fontana (2009, p. 492) “o excesso de cargas horárias e/ou atividades, pode ser gerador de estresse para o profissional na medida em que, durante o seu cotidiano, o enfermeiro desempenha múltiplas e, muitas vezes, fatigantes funções.”.

Uma assistência pré-natal de qualidade demanda tempo, o enfermeiro deve fazer uma escuta ativa, atenta às queixas, esclarecendo dúvidas da gestante e orientando-a sobre a importância da continuidade das consultas de pré-natal e da realização de exames, visando garantir uma gestação e parto saudável. Essa atenção deve ser de forma integral, contribuindo pra a redução da morbimortalidade materna e infantil.

Na atual realidade da atenção básica em nosso município, o enfermeiro das UBSFs, desempenha dupla função: o de assistencialista e coordenador; deve ainda participar de treinamentos, dentre outras atividades. Neste sentido, observa-se uma fragmentação do serviço, o que pode contribuir para uma sobrecarga, e redução da qualidade dos serviços prestados à população.

5.2.4 Replicação das Informações

Sabendo da importância das informações nos serviços de saúde (que elas sejam pertinentes, confiáveis e também que sejam registradas) a replicação dos dados (informações) ocorre quando eles são colocados em outro ambiente, por exemplo: os dados colhidos na 1ª consulta de pré-natal são registrados na ficha de cadastro e acompanhamento e replicados pra o cartão da gestante.

Em relação ao pré-natal isso ocorre por um importante motivo: a anotação no cartão da gestante. Isso se faz necessário, pois esse documento deve acompanhá-la tanto nas consultas quanto em exames e quando há necessidade do acompanhamento do pré-natal no médio ou alto risco, pois o cartão (com registro das informações) vai garantir a continuidade do atendimento.

Durante a coleta de dados, (entrevistas), foi percebido que um dos fatores relacionados a sobrecarga do enfermeiro frente ao pré-natal é a replicação das informações. Os participantes relataram que:

> *"[...] Você tem que preencher a caderneta, o livro que vai com a gente, e mais o sistema do SISPRENATAL." (ENF20)*
>
> *"[...] Os mesmos dados que eu coloco na ficha, eu coloco no meu aprazamento que eu faço [...] arquivo pessoal, e na caderneta dela [...] preenchendo os mesmos dados em vários lugares." (ENF12)*
>
> *"[...] Ainda temos que fazer o controle manual, ainda temos que manter dois controles [...] não somente a ficha não." (ENF28)*

A replicação dos dados pode ser vista por dois ângulos: o primeiro pode trazer benefícios, pois reduz o risco de perda dessas informações devido à instabilidade do sistema, assim, ter essas informações registradas (impressa/caderno) pode ser favorável. Por outro lado, demanda tempo e gera sobrecarga de trabalho ao Enfermeiro.

6 | CONCLUSÃO

Este estudo buscou compreender a percepção do enfermeiro da saúde da família quanto a utilização do SISPRENATAL *WEB* no município de Uberlândia-MG.

É notável a relevância dos sistemas de informação nos serviços de saúde como apoio à gestão, quanto à disponibilização das informações de forma organizada e de fácil acessibilidade. É uma ferramenta de apoio que os profissionais de saúde tem a seu dispor que facilita a comunicação entre as partes envolvidas.

Como benefícios da ficha, foram relatados a quantidade de informações que se faz necessárias ao acompanhamento e monitoramento do pré-natal, parto e puerpério, a clareza e objetividade da ficha e a padronização da mesma, pois passou a ser única para todas as gestantes e auxilia nas consultas de enfermagem. A ficha contribui para classificação de risco gestacional, e facilita o acompanhamento.

Se por um lado verificou-se que a maioria dos entrevistados percebe o valor da ficha para o pré-natal, observamos também as dificuldades com o uso da ferramenta/instrumento relacionadas a má qualidade da internet, a instabilidade do sistema e a sobrecarga de trabalho gerada ao Enfermeiro, vinculadas à demanda da unidade em que trabalha mediante a incorporação de atributos gerenciais à prática do Enfermeiro.

Outro dado levantado foi a ausência de capacitação dos profissionais de saúde que utilizam a ferramenta. O conhecimento aprofundado sobre o SISPRENATAL *WEB*, sobre a ficha, sua importância na coleta de dados, no armazenamento e na geração de relatórios, seria oportuno, pois haveria uma redução/melhora na resistência ao seu uso por parte do enfermeiro e médicos da rede publica de saúde.

Foi colocado por vários participantes que encontraram dificuldades na alimentação do sistema/ficha que os mesmos delegam essa atividade a terceiros. O sistema pode estar sendo sub-alimentado, uma vez que esses dados podem não estar sendo registrados em tempo oportuno, podendo haver fichas incompletas – o que comprometeria a qualidade do acompanhamento das informações.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho A Deus, Senhor de Tudo.

A minha família pelo apoio, amor incondicional, auxílio e companhia nos momentos que mais precisei e por acreditar nos meus sonhos.

Aos meus mestres, por transmitir seus preciosos conhecimentos e me guiar pelo caminho do sucesso.

E a você leitor, que essa pesquisa contribua de forma positiva em seus conhecimentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por ser o senhor e guia de todos meus passos.

Não poderia deixar de agradecer aos meus pais, assim como a toda a família, já que sempre me apoiaram incondicionalmente.

Quero agradecer ao meu Professor Orientador Dr. Frank José Silveira Miranda por ter me acolhido, estar sempre presente e disponível. Agradeço pelas correções, pelos avisos, pelas ideias e por todo o acompanhamento ao longo deste processo de construção do trabalho.

Expresso os mais sinceros agradecimentos aos demais Professores da graduação, que de todos os modos, me ajudaram a chegar até este ponto, compartilhando seus conhecimentos.

Agradeço a todos aqueles que participaram da pesquisa, que colaboraram comigo, pois só assim foi possível a realização deste trabalho.

E por fim, um agradecimento final aos amigos, que sempre me ajudam também. A todos um sincero **"Obrigada"!**

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053- 1064, jun. 2011. . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102- 311X2011000600003>. Acesso em: 03 maio 2015.

ANDREUCCII, Carla Betinaet al. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 45, n. 5, p. 854-863, 11 maio 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2438.pdf>. Acesso em 03 maio 2015.

BARBOSA, Juliana Tavares et al. Sisprenatal como ferramenta facilitadora na assistencia à gestante: Revisão Integrativa da literatura. **Revista de Atenção à Saúde,** [s.l.], v. 12, n. 42, p. 42-47, dez. 20014. (BARBOSA et al., 20014)) Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2355>. Acesso em 03 maio 2015.

BENITO, Gladys Amélia Véles; LICHESKI, Ana Paula. Sistema de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasilia, DF, v. 62, n. 3, p. 447-450, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034- 71672009000300018.>. Acesso em: 03 maio 20015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. 3. ed.

Brasília, DF, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 5). Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implemetação da Rede Cegonha.** Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300018.> Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, DF, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 20 maio 2015.

CUNHA, Margarida de Aquino et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas pelos enfermeiros. **Escola Anna Nery**: revista de enfermagem**,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-153, jan./mar. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300018 > . Acesso em: 04 maio 2015.

LIMA, Aline Pinto de; CORRÊA, Áurea Christina de Paula. A produção de dados para o Sistema de Informação do Pré-Natal em unidades básicas de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** [s.l.], v. 47, n. 4, p. 876-883, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080- 62342013000400876.> Acesso em: 04 maio 2015.

MIRANDA, Frank José Silveira; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores. **Revista de Enfermagem da UERJ,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 179-184, jun. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a03.pdf.>. Acesso em: 02 maio 2015.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). Pesquisa social: teoria método e criatividade. 17ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p. RUIZ, J. A. Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos. São Paulo:

MOIMAZ, Suzely Adas Salibaet al. Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasilia, DF, v. 63, n. 3, p. 385-390, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000300006&script=sci_abs>. Acesso em: 02 maio 2015.

PEIXOTO, Catharina Rocha et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Revista de Enfermagem da UERJ,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 286-291, jun. 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a19.pdf>. Acesso em: 02 maio 2015.

POLGLIANE, Rúbia Bastos Soares et al. Adequação do processo de assistência pré- natal segundo critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento e da organização mundial de saúde. **Ciência** & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 19, n. 7, p. 1999- 2010, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07- 01999.pdf.>. Acesso em: 01 maio 2015.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva,** [s.l.], v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413- 81232007000200024.>. Acesso em: 01maio 2015.

RODRIGUES, Edilene Matos; NASCIMENTO, Rafaella Gontijo do; ARAÚJO, Alisson. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500002 > Acesso em: 05 maio 2015.

SHIMIZU, Helena Eri; LIMA, Maria Goreti de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasilia, DF, v. 62, n. 3, p. 387-392, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672009000300009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. **Cartilha de Sistemas e Aplicações Desenvolvidas no Departamento de Informática do SUS**: normas e Manuais técnicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_sistemas_aplicacoes_datasus.pdf>. Acesso em: 04 maio 2016.

BACKES, Dirce Stein et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde:: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rs, v. 1, n. 17, p.223-230, dez. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>. Acesso em: 11 maio 2016.

Dicionário de Língua Portuguesa Online. Disponível em: <**http://www.dicio.com.br/padronizacao/**>. Acesso em: 21 Maio 2016.

FERREIRA, S. M. G. **Sistema de Informação em Saúde Conceitos Fundamentais e Organização**. Belo Horizonte: NESCON/FM/UFMG,1999. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2249.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.

FONTANA, Rosane Teresinha; SIQUEIRA, Kallyne Irion. O Trabalho do Enfermeiro em Saúde Coletiva e o Estresse: Analise de uma Realidade*. **Cogitare Enferm,** Rs, v. 3, n. 14, p.491-498, jul. 2009. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/16179>. Acesso em: 10 maio 2016.

GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.

PRADO, Edmir Parada Vasques; CASTRO, Rafael Pereira de Souza; ALBURQUERQUE, João de Porto. Barreiras na implantação de sistema de informação de uma instituição de saúde: A importância dos fatores humanos e de gerenciamento. **Revista de Administração Contabilidade e Economia da Fundace,** Riberão Preto Sp, v. 2010, n. 1, p.1-13, set. 2010. Anual. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/User/Desktop/Rafael%20sistema.pdf>. Acesso em: 05 maio 2016.

PMU- **Prefeitura Municipal de Uberlândia**. Disponível em:<http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria pagina/65/2450/unidades_basicas_de_saude_da_familia.html >. Acesso em: 05 maio 2016.

SPERAFICO, D. **O acesso e a qualidade da internet no Brasil.** 2015. Disponível em: <http://congressoemfoco.uol.com.br/noticias/outros-destaques/o-acesso-e-a-qualidade- da-internet-no-brasil/ >. Acesso em: 08 maio 2016.

THOFEHRN,C; LIMA, W. C. Prontuário Eletrônico do Paciente: a importância da clareza da informação. **Revista eletrônica de Sistemas e Informação**, [S.L], v.5, n.1, [2006.?]. Disponível em: http://www.spell.org.br/documentos/ver/26514/prontuario- eletronico-do-paciente-a-importancia-da-clareza-da-informacao >. Acesso em: 03 maio 2016.

APÊNDICE A - ENTREVISTA

1. Como essa ferramenta/instrumento facilita a assistência à saúde da gestante? Exemplifique.
2. A ficha de cadastro/acompanhamento (SISPRENATAL *WEB*) é a mesma para todas as gestantes?
3. Quais são as dificuldades encontradas no preenchimento e manutenção da ficha de cadastro da gestante (SISPRENATAL *WEB*)?
4. No que se refere ao sistema DATASUS a ficha SISPRENATAL *WEB* é operacional, a ficha é clara e objetiva?
5. Você acredita que o número de informações solicitadas da ficha SISPRENATAL *WEB* é adequado?
6. Você acredita que falta algum dado essencial na ficha do SISPRENATAL *WEB*?
7. Você considera que existe algum dado irrelevante na ficha do SISPRENATAL *WEB*?
8. A falta do preenchimento de alguns campos (itens) da ficha pode acarretar problemas no decorrer do pré-natal?
9. O sistema de monitoramento da gestante SISPRENATAL *WEB* contribui para a identificação de fatores que caracterizam gestação de alto risco?
10. Qual é o maior benefício trazido pela ficha (SISPRENATAL *WEB*) ao pré- natal?
11. Houve alguma capacitação da equipe para o preenchimento da ficha de cadastro/acompanhamento da gestante SISPRENATAL *WEB*?
12. Você considera que a ficha de cadastro/monitoramento (SISPRENATAL *WEB*) pode gerar sobrecarga de trabalho ao enfermeiro?
13. A ficha trouxe algum benefício ao trabalho do enfermeiro no atendimento a gestante?
14. Quais são os pontos positivos/negativos da ficha de cadastro/acompanhamento da gestante SISPRENATAL *WEB*?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **A Percepção dos enfermeiros do programa saúde da família quanto a utilização do SISPRENATAL *WEB*** sob responsabilidade dos pesquisadores, Prof. Dr.Frank José Silveira Miranda e a acadêmica Núbia Fernandes Teixeira.

Nesta pesquisa nós estamos buscando descrever a percepção dos enfermeiros quanto a utilização do SISPRENATAL *WEB.*

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisadora Núbia Fernandes Teixeira, a coleta de dados será realizada na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) com data e horário a ser definido pelo enfermeiro da unidade.

Na sua participação, você responderá a uma entrevista, contendo questões voltadas ao campo de atuação quanto ao sistema de informação, o SISPRENATAL *WEB* e as possíveis dificuldades e benefícios deste programa. Após a gravação de áudio da entrevista, será realizada a transcrição literal das mesmas de forma sucinta, os dados serão analisadas e as entrevistas serão desgravadas.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

A realização deste estudo não oferece riscos, uma vez que o participante não será identificado. Quanto aos benefícios proporcionados com a pesquisa, cito: maior informação sobre como funciona o SISPRENATAL *WEB*, como os enfermeiros estão utilizando essa ferramenta pra coleta de dados e mais informações sobre o sistema operacional.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Prof. Dr. Frank José Silveira Miranda, (34)98803-6236, A.C. Núbia Fernandes Teixeira (34) 99202-7795, poderá entrar em contato com Coordenação do Curso de Enfermagem- UFU (Universidade Federal de Uberlândia) Av. Pará 1720, Bloco 2U, Bairro Umuarama-Uberlândia- MG; CEP-38400-902, telefone-(034)2325-8603, Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa – Centro Universitário do Triângulo: Av. Nicomedes Alves dos Santos, nº 4545, bloco E, 3º Piso – Uberlândia – MG, CEP: 38411-106; fone: 34-4009-9039.

Uberlândia, ... de ....de 20.......

____

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

____

Participante da pesquisa

ANEXO A - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "*A Percepção dos Enfermeiros do Programa Saúde da Família Quanto a Utilização do SISPRENATAL WEB*" será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituiçao está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo os(as) pesquisadores(as) Prof. Dr. Frank José Silveira Miranda e Núbia Fernandes Teixeira (acadêmica) a realizarem a(s) etapa(s) de coleta das informações junto aos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde da Familia (UBSF): idade, sexo, a sua percepção quanto a utilização do SISPRENATAL WEB, as facilidades no uso da ferramenta/instrumento SISPRENATAL WEB, as dificuldades encontradas na utilização do SISPRENATAL WEB, opinião do enfermeiro, com a mudança do modelo de ficha de cadastro da gestante que agora é ON-LINE. De que forma isso torna o pré-natal mais acolhedor. Será agendado dia e horário para a realização da entrevista semi-estruturada (gravação de áudio), com o enfermeiro da referida UBSF, sobre o assunto pesquisado, o qual será digitado na integra, utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição.

Rosely Aparecida Muniz
Coordenadora de Atenção Primária em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia

Uberlândia 02/10/15

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO TRIÂNGULO - UNITRI

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA QUANTO A UTILIZAÇÃO DO SISPRENATAL WEB

Pesquisador: Frank José Silveira Miranda

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51437115.4.0000.5565

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.421.534

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA QUANTO A UTILIZAÇÃO DO SISPRENATAL WEB", retorna a este comitê para análise do cumprimento de pendências.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto apresenta como objetivo primário: Descrever a percepção dos enfermeiros quanto a utilização do SISPRENATAL WEB. E objetivos Secundários:

Verificar de que maneira as informações geradas a partir do preenchimento da ficha de cadastro e acompanhamento da gestante (SISPRENATAL WEB) contribuem para uma assistência pré-natal de qualidade.Identificar se os enfermeiros receberam capacitação adequada para o preenchimento da ficha.Identificar possíveis dificuldades do enfermeiro quanto ao preenchimento da ficha de cadastro da gestante.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram apresentados em conformidade com a Resolução do CNS 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foram atendidas as pendências solicitadas pelo Comitê.

Endereço: Av. Nicomedes Alves dos Santos, 4545
Bairro: MORADA DA COLINA **CEP:** 38.411-106
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)4009-9039 **E-mail:** mferreira@uber.com.br

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados em conformidade com a Resolução do CNS 466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências cumpridas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado pelo Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_618396.pdf	01/02/2016 15:37:45		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	01/02/2016 15:33:25	Frank José Silveira Miranda	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo.pdf	01/02/2016 15:32:39	Frank José Silveira Miranda	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_livre_esclarecido.pdf	01/02/2016 15:31:41	Frank José Silveira Miranda	Aceito
Outros	entrevista_pdf.pdf	01/02/2016 15:30:48	Frank José Silveira Miranda	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/02/2016 15:29:50	Frank José Silveira Miranda	Aceito
Outros	carta_encaminhamento_cep_UNITRI.pdf	26/11/2015 20:43:49	Frank José Silveira Miranda	Aceito
Declaração de Pesquisadores	equipe_executora.pdf	26/11/2015 20:38:53	Frank José Silveira Miranda	Aceito
Outros	declaracao_coparticipante.pdf	19/11/2015 18:03:04	Frank José Silveira Miranda	Aceito
Outros	curriculum_lattes.pdf	19/11/2015 17:59:43	Frank José Silveira Miranda	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Nicomedes Alves dos Santos, 4545
Bairro: MORADA DA COLINA **CEP:** 38.411-106
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)4009-9039 **E-mail:** mferreira@uber.com.br

ANEXO C – TERMO DE ENCAMINHAMENTO PARA PESQUISA

Uberlândia, 23 de março de 2016

Prezados Coordenadores

TERMO DE ENCAMINHAMENTO PARA PESQUISA

Encaminhamos os pesquisadores: **Núbia Fernandes Teixeira** e o orientador **Prof Dr. Frank José S Miranda**, da Universidade Federal de Uberlândia a realizarem a pesquisa **"A Percepção dos enfermeiros do Programa Saúde da Família quanto a utilização do SISPRENATAL WEB",** no período de março a maio/16, nas Unidades Básicas de Saúde da Família do Setor Sul.

A pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFU, e está regularmente aprovada, através do Parecer Consubstanciado do CEP nº CAEE: 51437115.4.0000.5565, autorizada pela Coordenação da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e pela Coordenação de Talentos Humanos – Missão Sal da Terra e cadastrado no Núcleo de Estágios e Pesquisas/DGP.

Atenciosamente,

Maria Regina Carrijo Borba
Núcleo de Estágios e Pesquisas

Isabel dos Reis Camargo
Coordenadora de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde

SOBRE A ORGANIZADORA

ANA MARIA AGUIAR FRIAS - Doutora em Psicologia (Julho-2010); Mestre em Ecologia Humana (2004); Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (Agosto1996). Enfermeira (1986-2003). Professora Coordenadora no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Presidente do Conselho Pedagógico (2008-2010) e desde Janeiro 2019. Elemento da assembleia de representantes da ESESJD, Vice Presidente da assembleia de representante (2017-2019). Elemento da Comissão Executiva e de acompanhamento do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Adjunta da Diretora de curso. Investigadora do Comprehensive Health Research Centre, investigadora colaboradora do centro de investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora. Coordenadora principal do projeto "Conhecer e prevenir o VIH_SIDA". Assessora Cientifico da Revista RIASE. Revisor da Revista de Enfermagem (Referência), da Revista Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health, da Revista Cubana de Enfermería, da Revista Eletrônica Gestão e Saúde - G&S, da revista de Enfermagem Anna Nery. dos professores no conselho técnico-científico da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (até Janeiro 2019). Diretora da comissão de curso da licenciatura em Enfermagem (2010-2012). Adjunta da Diretora da Comissão de Curso da Licenciatura em Enfermagem (2012-2014). Diretora da Pós-graduação em Medicina Chinesa (2008-2012). Diretora do 6.º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Ilha da Madeira (2008-2010). Elemento da comissão editorial da revista da ESESJD " Enfermagem e Sociedade" (2004-2009). Autora de vários trabalhos científicos com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais, livro, capítulos de livros e comunicações nas áreas da Enfermagem, Educação para a Saúde, Psicologia. Abordou temas como Gravidez e Parto. Vinculação, Adolescência, Comportamentos Saudáveis e de Risco, VIH, Urgências e Emergências, Simulação Clínica e *e-learning*.

ÍNDICE REMISSIVO

A

B

C

D

E

F

H

I

L

M

N

P

Q

R

S

T

V

The nursing profession

in the

XXI CENTURY

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora
Ano 2022

the nursing profession

in the

XXI CENTURY

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora
Ano 2022